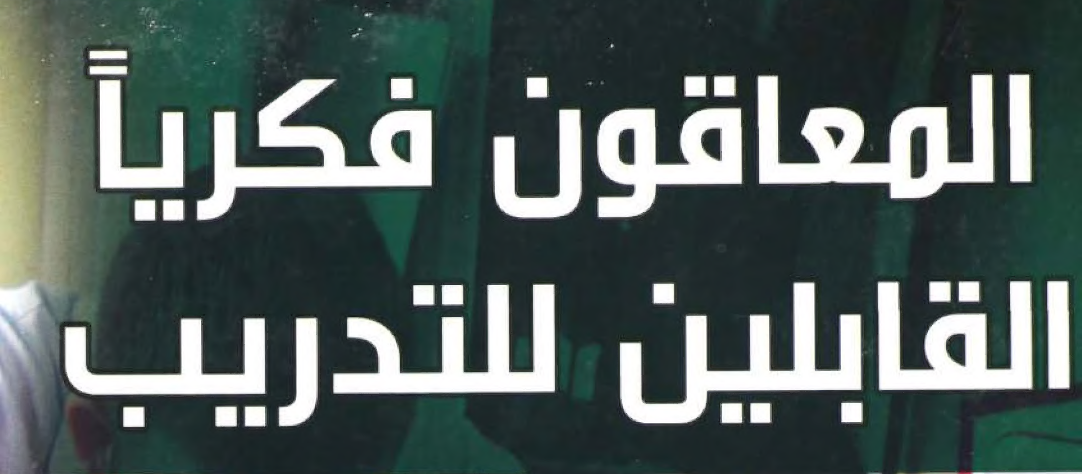


المعاقون فكرياً القابلين للتدريب

دكتورة

ولاء ربيع مصطفى

أستاذ التربية الخاصة المساعد

ت : ٤٤
دار الزهـــــــراء - الريـــاض
ف : ٣٧

المعاقون فكرياً القابلين للتدريب

Trainable Intellectually Disabled



دكتورة

ولاء ربيع مصطفى

أستاذ التربية الخاصة المساعد

١٤٣٣هـ - ٢٠١٢م



دار الزهـــــراء - الريــاض

ت: ٤٦٤١١٤٤
ف: ٤٦٥٩٥٣٧

فهرس مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

على.ولاء ربيع مصطفى

المعاقون فكرياً القابلين للتدريب / ولاء ربيع مصطفى على - الرياض : ١٤٣٣ هـ

٣٢٨ ص ، ١٧.٥ X ٢٤

ردمك : ٠-٧٧-٨٠٨٧-٦٠٣-٩٧٨

١. المعوقون – تعليم ٢ – المعوقون – رعاية

أ. العنوان

ديوى ٣٧١.٩ ١٤٣٣/١١٤٩

رقم الايداع : ١٤٣٣/١١٤٩
ردمـــك : ٠-٧٧-٨٠٨٧-٦٠٣-٩٧٨

الطبعة الأولى
١٤٣٣هـ - ٢٠١٢ م



الرياض: العليا : بين شارعى العليا والضباب ت:٦/٤٦٤١١٤٤ – ف: ٤٦٥٩٥٣٧

القصيم : بريدة : طريق الملك عبد العزيز ت: ٣٨٥٠٠٤٣ – ف: ٣٨٥٠١٣١

القاهرة : شارع ممدوح سالم خلف أرض المعارض / تليفكس : ٢٤٠٤٦٣٢٩

E-mail : dar _alzahraa@hotmail.com / ozahraa@ hotmail.com
Buraydh : ozahraa2@hotmail.com Cairo : ozahraa3@hotmail.com
www.daralzahraa.com.sa

المقدمة

الحمد لله رب العالمين الذي أعانني على إتمام هذا العمل واصلي واسلم على اشرف الخلق سيدنا محمد وعلى اله وصحبه وسلم أما بعد ، ،

إن الإعاقة الفكرية تمثل فئة غير متجانسة من الأفراد حيث أنهم يختلفون في العديد من الجوانب سواء كانت النفسية أو الاجتماعية أو السلوكية طبقا للفروق الفردية بينهم في الذكاء فنهم فئة الإعاقة الفكرية البسيطة التي اصطلح تعريفها بالفئة القابلة للتعلم ، ومنها الإعاقة الفكرية المتوسطة والتي اصطلح تسميتها بالقابلين للتدريب ، وفئة الإعاقة الفكرية الشديدة والعميقة والتي اصطلح تسميتها بفئة الاعتماديين ، وفى كتابنا هذا سنتناول بالتفصيل كل ما يتعلق بفئة المعاقين فكرياً القابلين للتدريب من تعريفهم وخصائصهم وتعليمهم وتدريبهم وأهم البرامج التعليمية والتدريبية المقدمة لهم وتأهيلهم مهنياً بدرجة تسمح لهم العيش والحياة بشكل مستقل إلى حد ما.

و قد تعرض هذا الكتاب لجوانب كثيرة وهامة للمعاقين فكرياً القابلين للتدريب من كافة النواحي فقد أشتمل على ثمان فصول وهى:-

الفصل الأول ويتناول : تاريخ الإعاقة الفكرية ، تاريخ القابلين للتدريب ، أهم التعريفات التي تناولت الإعاقة الفكرية و القابلين للتدريب ، كذلك تصنيفات الإعاقة الفكرية.

الفصل الثاني ويتناول:

أسباب الإعاقة الفكرية

- العوامل المسببة للإعاقة الفكرية قبل الولادة
- العوامل المسببة للإعاقة الفكرية أثناء الولادة
- العوامل المسببة للإعاقة الفكرية بعد الولادة
- الوقاية من الإعاقة الفكرية.

ويتناول الفصل الثالث:

أولا: الأدوات الغير رسمية فى التشخيص

ثانيا: الأدوات الرسمية فى التشخيص.

- الفريق متعدد التخصصات

التشخيص التكاملي للإعاقة الفكرية.

- التشخيص الطبي
- التشخيص السيكومتري
- التشخيص الاجتماعي
- التشخيص التربوي
- التشخيص الفارق

ويتناول الفصل الرابع:

خصائص المعاقين فكرياً القابلين للتدريب

- الخصائص الجسمية والحركية
- الخصائص العقلية
- الخصائص الاجتماعية
- الخصائص اللغوية
- الخصائص الانفعالية
- الخصائص الحسية

ويتناول الفصل الخامس: الخدمات المساندة المقدمة لفئة المعاقين فكرياً من حيث – المفهوم – أهداف الخدمات المساندة – أهم أنواع الخدمات المساندة المقدمة للمعاقين فكرياً.

ويتناول الفصل السادس: المناهج والمؤسسات التعليمية لفئة القابلين للتدريب

أولا: المؤسسات التعليمية الخاصة بالقابلين للتدريب

ثانيا: المناهج التعليمية للقابلين للتدريب

- منهج التدريبات السلوكية والمعرفية للمعاقين فكرياً القابلين للتدريب.
- الأسس العامة لتدريب و تعليم الأفراد ذوى الإعاقة الفكرية.

ثالثا: البرامج التعليمية للقابلين للتدريب

- منهج التدريبات السلوكية والمعرفية للمعاقين فكرياً القابلين للتدريب

رابعاً: الخطة التربوية الفردية للمعاقين فكرياً القابلين للتدريب ونموذج عليها

ويتناول الفصل السابع: تعديل سلوك المعاقين فكرياً القابلين للتدريب

- مفهوم السلوك
- أهم العوامل المؤثرة فى السلوك
- نماذج التعلم التي تمثل أسس العلاج السلوكي
- أهم الطرق و الفنيات المستخدمة في تعديل سلوكيات الأطفال المعاقين فكرياً القابلين للتدريب
- أمثلة تطبيقية على تحليل الأهداف لبعض المهارات الاستقلالية للمعاقين فكرياً
- جداول النشاط المصورة كإحدى الاستراتيجيات الحديثة فى تعديل سلوك المعاقين فكرياً.

ويتناول الفصل الثامن:

برامج التأهيل المهني للقابلين للتدريب

- مفهوم التأهيل
- أنواع التأهيل للمعوقين.
  - التأهيل الطبي
  - التأهيل النفسي
  - التأهيل الاجتماعي
  - التأهيل التربوي
  - التأهيل المهني
- إعداد خطة التأهيل الفردية
- الاعتبارات الخاصة في تأهيل حالات المعاقين فكرياً.

- المهن المناسبة لفئة القابلين للتدريب.
- أهم العقبات والمشكلات التي تعترض تشغيل المعاقين.

ويعتبر هذا الكتاب مرجع علمي متخصص ليس موجها إلى طلاب التربية الخاصة بالجامعات، وكل المهتمين بمجال الإعاقة الفكرية بشكل عام وفئة القابلين للتدريب بشكل خاص كمعلمي هذه الفئة، وآباء هؤلاء الأفراد و المرشدين العاملين و الباحثين فى مجال التربية الخاصة و طلاب التربية الخاصة بالجامعات، لذلك أتمنى من الله العلى القدير أن يجد القارئ فى هذا الكتاب ما يساعده على تحقيق هدفه و الحصول على المعلومات العلمية الدقيقة

واسأل المولى عز وجل أن ينفعني بما علمني ويعلمني ما ينفعني ويزيدني علماً

والله من وراء القصد ،،

المؤلفة

د/ ولاء ربيع مصطفى

الفصل الأول

تاريخ و تعريف و تصنيف الإعاقة الفكرية

- تاريخ الإعاقة الفكرية (القابلين للتدريب)
- تعريفات الإعاقة الفكرية

أولاً:- التعريفات الطبية

ثانياً:- التعريفات السلوكية

ثالثاً:- التعريفات الاجتماعية

رابعاً:- التعريفات التربوية

خامساً:- الذكاء و تعريف القابلين للتدريب

- انتشار ظاهرة الإعاقة الفكرية

أولا:- العوامل المؤثرة فى نسبة حدوث الإعاقة الفكرية

- الفرق بين الإعاقة الفكرية والمرض العقلي
- تصنيف الإعاقة الفكرية

الفصل الأول
تاريخ و تعريف و تصنيف الإعاقة الفكرية

يتناول الفصل الأول من هذا الكتاب تاريخ المعاقين فكرياً وما مر به من مراحل عبر العصور المختلفة وكذلك أهم التعريفات التي تناولت الإعاقة الفكرية واهم تصنيفات المعاقين فكرياً وتعريفات القابلين للتدريب.

تاريخ الإعاقة الفكرية

لقد شهد تاريخ الإعاقة الفكرية تطوراً واسع النطاق على مدار الحقبة الزمنية الماضية، وتعرض هذا التاريخ الطويل الحافل بالأحداث لانتكاسات وانتصارات حتى كللت الجهود الصادقة بالتوفيق وأستقر الوضع خلال السبعينات من القرن الماضي على أحقية الأفراد ذوى الإعاقة الفكرية فى الرعاية والتعليم.

سجل التاريخ القديم مرحلة مؤلمة فى حياة الأفراد ذوى الإعاقة الفكرية فقد كانوا يتعرضون لأقصى أنواع التعذيب، وقد وصل الأمر فى بعض الأحيان للقتل.. ففي القبائل الهمجية في العصور القديمة من المدنية كان المتخلفون عقلياً يساقون إلى الموت باعتبارهم أفراداً غير نافعين للجنس البشري. أما في اسبرطة فقد كانوا يبادون بلا أدنى رحمة، حتى لا تنحدر دولتهم التي كانت تقوم على احترام القوة.

وفي عصور الحضارة الإغريقية و اليونانية لم يطرأ على المعاقين فكرياً أي تحسن اجتماعي. وقد وصفت الكلمة الإغريقية (Idios) هؤلاء الأفراد بأن لديهم مس من الشيطان، وكانوا يتركون لحال سبيلهم حتى الموت.

بحيث كان الأفراد ذوى الإعاقة الفكرية يتعرضون للنفي بعيداً عن المجتمع فى أماكن نائية ليموتوا هناك. وتم تشخيص حالة التخلف العقلي من خلال النواحي الجسمية وما يرافقها من تشوهات خلقية وقد اعتبروا أن المتخلف عقليا غير صالح للحياة ويجب التخلص منه في مرحلة الطفولة.

أما في العصور الرومانية فقد كانوا أكثر تسامحا في تقبل المتخلفين عقليا ، وقد حضوا باهتمام أكثر من الإعاقات الجسدية وذلك بسبب اعتقادهم بأن المتخلف عقليا يمكن علاجه ولكن المعوقين جسميا لا يمكن علاجهم.

وفي العصور المسيحية الأولي تغيرت النظرة إلي المتخلفين عقليا حيث أصبحت أكثر إنسانية إذ وفرت دور خاصة لإيواء المتخلفين عقليا ورعايتهم ، وقد تغيرت هذه النظرة الإنسانية نحو هؤلاء المعوقين في بداية العصور الوسطي حيث استخدم هؤلاء المتخلفون عقليا كوسيلة للتسلية والترفيه لأبناء الطبقة الحاكمة في بعض المجتمعات الأوربية.

وفي عهد النهضة أصبحت النظرة أسوء مما كانت عليه حتى انه أطلق علي هذه العصور بالنسبة للمعوقين عصر السلاسل الحديدية .

أما في العصور الإسلامية فقد كانوا أكثر تقبلا لهؤلاء المتخلفين عقليا حيث عرف المسلمون الكثير عن الانحرافات العقلية وعن استخدام العلاج النفسي في معالجة هذه الحالات وقد استمرت هذه النظرة الإنسانية في التعامل والتقبل لهذه الفئة من خلال القرآن الكريم ومن الأحاديث النبوية الشريفة. حيث أن الإسلام لم يفرق بين البشر في المعاملة، وقد حض على المعاملة الطيبة للذين تعوقهم ظروف الحياة. ورفع عن كل فاقد لشيء ما كلف به في هذا العضو «ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج».

وقد حرم الإسلام قتل النفس بغير حق. وبذلك كان نظام الصدقات والزكاة وهو أول نظام اجتماعي عرفته البشرية ينظم حقوقاً للمحتاجين قبل القادرين وقبل الدولة ممثلة في بيت المال. كان من الزكاة ما يغني المتخلفين وغيرهم من المعوقين عن الموت جوعاً.

وفي عصر الإصلاح الديني في أوربا ظهر الخلط بين المتخلفين والمصابين بأمراض عقلية، وقد اعتبر الأفراد الذين لا يتفهمون أو لا يوافقون على تعلم الكاثوليكية أو البروتستانتية مستحقين للاضطهاد. ومن هنا نال المتخلفين الكثير من ألوان الاضطهاد. غير أنه شذوذاً على هذا النمط المعتاد للاضطهاد أنشئ في بداية القرن السابع عشر في فرنسا قصر لإيواء الذين لديهم ظروف قاسية بما فيهم ضعاف العقول، وقد بدأه (فينسهان دي بول).

وقد أثار العالم (لوك) في بحثه عن التفهم أن التعلم يأتي عن طريق الحواس ويجب أن تصاحبه أحاسيس مبهجة وتبعه (روسية) الذي كان يؤمن بأن التعليم يجب أن يقوم على أساس من القدرات الأساسية للطفل، وكان لهؤلاء الدارسين السبق في توجيه الأنظار نحو موضوع قدرات الأطفال.

لقد كان أهم الأحداث في تاريخ رعاية ضعاف العقول ذلك الذي حدث في سنة ١٧٩٨ إذ عثر أحد الصيادين على طفل متوحش يعيش في غابة أفيرون بجنوب فرنسا، ونقله إلى باريس حيث لاقى تدريباً واهتماماً واسعاً، وقد تعهده في البداية (بنيل) الذي قرر أنه معتوه ولا تصلح معه أي طريقة أو مساعدة تربوية، وأطلق عليه اسم وحش أفيرون. غير أن أكاديمية العلوم بباريس عهدت به إلى (جان إيتارد) وقد عمل (إيتارد) في صبر، وأحرز بعض التقدم، لكنه ما لبث بعد انتهاء العام الأول أن أعد تقريراً أظهر فيه أن الطفل لديه تخلف بجانب كونه لم يتعلم وتوقف عن العمل معه بعد خمس سنوات تقريباً وكان قد توصل إلى تعليمه أشكالاً بسيطة من اللغة وتفهم بعض الكلمات والأشياء. ورغم ما شعر به إيتارد بالأسى لعجزه عن تحويل الطفل إلى طفل متمدين، فإن أكاديمية العلوم اعترفت بأنه قد أسهم إسهاماً فعلياً للمعرفة الإنسانية، وشجعته على إعداد مؤلفه المعروف (طفل أفيرون الوحشي)The wild boy of Aveyron.

وقد تعهد أحد الباحثين ويدعى (إدوارد سيجان Seguin) هذا الطفل بالرعاية فاهتم بالقوة الجسمية وتدريب الحواس وتوافق العضلات وابتكر جهازاً لإثارة العضلات، وشجعه هذا التقدم على إنشاء مدرسة خاصة لتربية ضعاف العقول في باريس عام ١٨٣٧م وكانت هذه أول مدرسة من نوعها في العالم، وبظهور هذه المدرسة ظهرت مشكلة أخرى وهي كيف نحكم على الطفل أنه متخلف عقلياً، لقد كان (سيجان) تلميذاً لـ (جين اسكويورل) الذي كان يفرق بين الخلل العقلي والتخلف العقلي، وكان يعتقد أن القدرة العقلية يمكنها التحسن بالطرق السيكولوجية التي يمكنها أن تبرئ الحواس الضعيفة كما أن التدريب يمكن أن يحدث تقدماً في النواحي المعنوية والتعليمية وغيرها من النواحي الذهنية، وفي خلال أبحاثه استطاع (سيجان) أن يكمل لوحة الأشكال المعروفة باسمه Seguin Foim Board وقد هاجر (سيجان) إلى الولايات المتحدة في عام ١٨٤٨م حيث أصبح المؤسس الفعلي

للعصر الحديث في دراسة المتخلفين عقلياً. وقد درس احتياجات الأطفال وأصبحت طرقه العلمية هي أساس الدراسات في هذا المجال، كما نشر كتابين أحدهما عن العته.

وقد شهد القرن التاسع عشر إنشاء وتوسيع المدارس والمعاهد للمتخلفين عقلياً في الدول المتقدمة وتطورت الاختبارات السيكولوجية التي كان رائدها العالم الفرنسي (الفريد بينيه).

وفي الولايات المتحدة الأمريكية بدأ الاهتمام بالمتخلفين عقليا عام ١٨٥٠م علي يد سيجان وكان ذلك في ولاية ماسوشيت إحدي الولايات الأمريكية إذ أسس مؤسسة لرعاية المتخلفين عقليا، وفي عام ١٨٧٦ تأسست الجمعية الأمريكية لرعاية المتخلفين عقليا وفي عام ١٩٥٠ أسست الجمعية الأمريكية للآباء المتخلفين عقليا.

وقد بلغت ذروة الاهتمام بالتخلف العقلي في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٦٢ حيث تبني الرئيس الأمريكي جون كنيدي John F. Kennedy رعاية المتخلفين عقليا وكذلك بدأ الاهتمام بهؤلاء المتخلفين عقليا من قبل عدد من العلماء وعلي رأسهم العالم أنطوني فتز هيربرت Anthony Fit z - Herbert إذ نظر إلي المتخلف عقليا نظرة علمية، ثم حاول جون لوك John Look التميز بين الأبله والمجنون.

وفي فرنسا كانت أول محاولة فعلية لتعليم الأطفال المتخلفين عقليا بدأت علي يد الدكتور ايتارد Itard عام ١٧٩٨ عندما عثر علي الطفل، فيرون وقد سمي الطفل افيرون نسبة إلى الغابة التي وجد فيها.

أما في القرن التاسع عشر فقد ظهر الاهتمام بشكل واضح من خلال المؤسسات والمراكز الخاصة بالمعوقين والتي كانت علي يد هوريس مانHorace man وذلك علي يد صامويل جريدلي Samuel - Gridley حيث اهتمت هذه المراكز والمؤسسات بإمكانية توفير الحماية والرعاية والتدريب للمتخلفين عقليا أما سيمون وبنيه الفرنسيين فقد اظهروا الاهتمام بالعملية التربوية لهؤلاء المتخلقين عقليا مما أدي إلي إنشاء وبناء أول اختبار لقياس الذكاء.

وفي وقتنا الحاضر نجد أن كثيراً من دول العالم النامية قد بدأت في إدخال برامج رعاية المتخلفين وتعليمهم، وفي مصر دخل هذا النوع من التعليم في البلاد وأدخلت برامج الرعاية

والتأهيل بعد قيام الثورة. غير أنه لازال في الطريق كثير مما يمكن أن يقدم لهذه الفئة في كل أنحاء العالم، إذ لا تزال بعض الدول المتقدمة كانجلترا تودع هؤلاء في مستشفيات خاصة بهم حيث يوجد في كل مقاطعة مستشفى للمتخلفين، ويصدر بإيداعهم فيها حكم من المحكمة.

لكنهم لم يعودوا بعد مظهراً من مظاهر الخرافة أو الشعوذة أو مساً من الشيطان، وإنما أصبح معروفاً طبيعة التخلف وكيفية دراسة الشخص المتخلف وكيفية مواجهة احتياجاته والعودة به إلى المجتمع مواطناً صالحاً يسهم في بنائه.

ففي الوطن العربي فقد بدأ الاهتمام بالمتخلفين عقليا متأخرا وذلك بأخذه بعدين القطاع الحكومي والأهلي، وظهر الاهتمام في جمهورية مصر العربية عام ١٩٥٥ متمثلا في وزارة التربية والتعليم عندما عملت علي تخصيص ثلاثة صفوف في ثلاث مدارس ابتدائية لتعليم الأطفال المتخلفين عقليا ثم بدأ عملية التوسع حتى بلغت في عام ١٩٦٥ إلي حوالي ١٢٠ صف إضافة إلي أربع مؤسسات أخري متخصصة في رعاية المتخلفين عقليا.

وفي الكويت بدأ الاهتمام بالمتخلفين عقليا عام ١٩٦٠ بإنشاء مركزين للمعوقين عقليا أحدهما للذكور والأخر للإناث، وفي عام ١٩٦٥ أنشأت وزارة الشئون الاجتماعية والعمل مؤسسة ضعاف العقول لرعاية حالات التخلف العقلي الشديد.

أما في سوريا ولبنان فقد بدأ الاهتمام ١٩٦٠ بإنشاء مؤسستين أهليتين في لبنان وفي سوريا أيضاً تم إنشاء مؤسستين لرعاية المتخلفين عقليا أما في الأردن فقد بدأ الاهتمام متأخرا عن بقية الدول العربية في هذا المجال وقد كانت معظم المؤسسات التي أنشئت من قبل القطاع الأهلي والمؤسسات الأجنبية، ففي عام ١٩٦٧ بدأت المؤسسة السويدية بتقديم خدماتها في مجال رعاية المتخلفين عقليا وقد زاد نشاط هذه المؤسسة بإنشاء ثلاث مدارس أخري في أماكن مختلفة من الأردن وبلغ عدد المنتفعين عام ١٩٧٥ حوالي ١٢٠ منتفعا، وفي عام ١٩٧٠ تم إنشاء جمعية الصحة النفسية وكان من أهدافها رعاية المتخلفين عقليا وكذلك المرض النفسي وتأهيلهم وفي عام ١٩٧٤ تم إنشاء جمعية الشابات المسلمات حيث تم إعداد مدرسة خاصة لرعاية المتخلفين عقليا.

وكذلك عملت وزارة التنمية الاجتماعية علي فتح عدد من المؤسسات لرعاية المتخلفين عقليا ومنها مركز المنار الذي تأسس عام ١٩٧٧ يهدف إلي:

١- تعليم وتأهيل وتدريب الأطفال المعاقين عقليا والمحصورين في الفئات التالية:

«الأطفال ذوي التخلف العقلي المتوسط ومادون ممن تتراوح أعمارهم من سن٣-٦».

« الأطفال الذين يعانون إضافة إلي الإعاقة العقلية صعوبات حركية وصعوبات نطقية وصرع اضطرابات نفسية».

٢- تقديم خدمات التوجيه والإرشاد الأسري لأسر الأطفال المعاقين عقليا.

٣- تقديم الخبرات الفنية والتدريب اللازم والمعلومات للفئات و الهيئات التي لها علاقات بخدمات المعوقين عقليا.

٤- تنمية قدرات المتخلفين عقليا من الناحية العقلية والجسدية من خلال برامج تدريب المتخلفين عقليا علي السلوك الاجتماعي.

(حركة قياس الذكاء):

إن الدراسات العملية التي أجريت في هذا الميدان توضح أن البشر يتوزعون بالنسبة للذكاء مكاناً وزماناً حسب توزيع عديد من الظواهر الحيوية كالطول والأعمار (التوزيع المعتدل).

وبذلك فإنهم كانوا من القدم يتوزعون هذا التوزيع غاية الأمر أن تقدم البشرية واستخدام التقنية دفع مجموعة ممن كانوا من قبل يعيشون في المجتمع دون كثير معاناة إلى السطح يعانون من عدم توافقهم في المجتمع ومع أنفسهم. فالعمل الزراعي والعمل اليدوي بصفة عامة لا يتطلب من الجهد الذهني ما يتطلبه العمل في المصانع أو في تطبيقات التطور العلمي الحديث.

كما أن الانتقال من بيئة يسهل فيها تقبل المجموعات المختلفة لبعضها إلى بيئة يظهر فيها القوي أو القادر أو الموهوب، ويتمتع بميزات العصر الذي يعيش فيه قد أظهر مشكلة المتخلفين. لم يكن التعليم فيما مضى إلزامياً ونظامياً، ولم يكن من السهل معرفة أن الذين يتخلفون عن التعليم قد تخلفوا لعائق أو قصور ذهني لديهم.

من بين العلامات البارزة على طريق رعاية المتخلفين عقليا بزوغ ما يعرف بحركة القياس النفسي وبصفة خاصة قياس الذكاء، وعلى الرغم من وجود بدايات للفروق الفردية منذ أواخر القرن التاسع عشر إلا ان الطفرة الحقيقية في القياس النفسي حدثت مع جهود الفريد بينيه binet في أوائل القرن العشرين ففي عام ١٩٠٤ كلف وزير التعليم الفرنسي بينيه بإعداد طريقة للتعرف على الأطفال الملتحقين بمدارس باريس الذين يتوقع أن يخفقوا في متابعة المنهج الرسمي حتى يمكن تسكينهم في برامج خاصة تناسب حاجاتهم، وقد دعا بينيه تيودور سيمون للاشتراك معه في هذا العمل.

على حين كانت الجهود السابقة على عمل بينيه تعتمد في قياس القدرات الفردية على مقارنة الاستجابات مثل زمن الرجع وحركة العينين، والتمييز الحسي، فإن بينيه وسيمون قد بني أسلوبهما على أساس الواجبات التعليمية والبيئة التعليمية، وعلى أساس أن الأطفال المتوسطين ينجزون مراحل ارتقائية معينة في نفس العمر.

وعن طريق الملاحظة والقياس أمكنهما أن يعدا تدرجا للأعمار التي ينجز فيها الأطفال مهارات معينة في اللغة، وفي الحكم والتقدير وغيرها من مظاهر الارتقاء البشري.

وبذلك ظهرت الصورة الأولى من مقياس بينيه وسيمون عام ١٩٠٥ تبعها ظهور طبعات معدلة ١٩٠٨، وعام ١٩١١ وهو العام الذي توفي فيه بينيه، وقد كان تأثير بينيه عميقا حيث قدم وسائل موثوقا فيها لتقدير العمر العقلي للطفل مما يمكن المدرسين من تقدير مستوى أداء الطفل في المدرسة - ومع ظهور اختبار بينيه أصبح المتخصصون النفسيون والمهتمون بالتعليم مضطرين إلى تصنيف الناس إلى أنهم عاديون أو متخلفون.

ونتيجة لهذه التطورات قامت الجمعية الأمريكية للضعف العقلي AAMD بتغيير نظامها لتصنيف المتخلفين عقليا والذي كان يشتمل على فئتين فقط هما المعتوهين idiots والبلهاء imbeciles، ليضم فئة جديدة وهى المورون أو المأفون Moron ، وقد عرض اصطلاح المورون بواسطة جودارد حيث اشتقه من الوصف الإغريقي و الذي يعنى «الأحمق» أو «السفيه» الذي لديه نقص في الحكم والتقدير، وقد أدى دخول هذه الفئة الجديدة إلى إضافة جديدة لحجم مشكلة المعاقين فكرياً (وهى المقابلة لحالات الإعاقة الفكرية البسيطة في التصنيف الذي وضعته الجمعية الأمريكية للضعف العقلي (١٩٧٣) ولمجموعة

القابلين للتعلم في التصنيف التعليمي وقد أدى دخول هذه الفئة الجديدة إلى أن مجموعه ممن كانوا مندمجين في المجتمع قد دخلوا الآن تحت مسمى التخلف العقلي (المعاقين فكرياً)، وذلك نتيجة قوتين دافعتين الأولى هى التعليم الالزامى والذي من شأنه أن يفرز أطفالا على أنهم منخفضوا التحصيل ولا يمكن استمرارهم في التعليم العادي، والثانية: وجود اختبارات الذكاء التي يمكنها أن تفرز البعض على أنهم ينطبق عليهم المسمى الجديد «المورون»، وهنا يذكر ماكميلان Macmillan ١٩٧٧ « مع تطوير اختبارات الذكاء فإن نسبة الأطفال الذين حصلوا على درجات منخفضة أذهلت كثيرا من المتخصصين، فقد بدأ جيل كبير من الأشخاص المعاقين فكرياً المقتدرين بدنيا ، ولديهم مهارات اجتماعية، وذى مظهر عادى، ولكنهم كتلاميذ في التعليم يكونوا غير قادرين على التنافس».

وسرعان ما امتدت حركة القياس النفسي إلى الولايات المتحدة الأمريكية حيث علم هنرى جودارد عن عمل بينيه في رحلة إلى أوروبا فقام بترجمة مقياس بينيه وقام بتجريبه في فاينلاند وكان مبهورا بإمكانية الاختبار في التعرف على مستوى أداء الأطفال. وقد كان تأثير جودارد على التفكير الأمريكي هاما - ومع أن اختبارات الذكاء قد لاقت بعض الانتقادات إلا انه مع بداية عام ١٩١٥ كان هناك قبول عام للاختبارات كطريقة للتعرف على المعاقين فكرياً، وقام لويس تيرمان ١٩١٦ Terman لمقياس بينيه وسيمون هي المعيار الذي تقارن به اختبارات الذكاء - وقد اقترح تيرمان مصطلح نسبة الذكاء Intelligent Quotient(I.Q) والذي يعكس مقارنة الفرد بغيرة بدلا من العمر العقلي الذي يعكس المستوى الذي يؤدى عنده الفرد، وأثار ظهور المراجعة الجديدة لمقياس بينيه جدلا حول أي المؤشرين يستخدم في تقسيم أو تصنيف حالات الإعاقة الفكرية: العمر العقلي أم نسبة الذكاء ؟ وانتهى الأمر أن تتخذ نسبة الذكاء كأساساً للتصنيف.

ومع نشوب الحرب العالمية الأولى - قام الأخصائيون النفسيون في مدرسة التدريب في فاينلاند بولاية نيوجرسي بإعداد اختبارين جمعيين للذكاء للتعرف على الجنود الذين يستبعدون من دخول الخدمة العسكرية بسبب انخفاض نسبة ذكائهم ، حيث اعد الاختبار الأول و الذي عرف باختبار ألفا Alpha لأولئك الذين لديهم مهارات لغوية كافية، بينما أطلق على الاختبار الثاني اختبار بيتا Beta و الذي اعد لمن ليس لديهم مهارات لغوية

كافية وهو اختبار غير لفظي. وقد أدى استخدام هذين الاختبارين مع المرشحين للخدمة العسكرية إلى ظهور نسبة ذات وزن من الأفراد الذين لديهم قدرة ذهنية محدودة.

ومع نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين حدث تطوران بالغا الأهمية في تعليم الأطفال المعاقين فكرياً، حيث تمثل الأول هو افتتاح مؤسسات الإقامة الداخلية لهؤلاء الأطفال في عدد كبير من ولايات أمريكيا، و أما التطور الثاني هو وضع اختبارات الذكاء وتطورها كما وضحنا سابقا إلا أن التفاؤل ما لبث أن تحول إلى تشاؤم وفقدان الأمل في تعليم الأفراد ذوى الإعاقة الفكرية وقد أدت عدة عوامل إلى تدهور الخدمات المقدمة لهؤلاء الأفراد حيث سادت فكرة مورثيه الإعاقة الفكرية فأصبح ينظر إليه بوصفه تهديدا للمجتمع وخطرا عليه. و أصبحت المجتمعات تخاف من المعاقين فكرياً و أصبحت تعقمهم حفاظا على الأجيال القادمة وكان من أنصار هذا الاتجاه هو تريد جولد عام ١٩٣٧ حيث أكد على ضرورة خفض أعداد المعاقين من خلال العزل والتعقيم وبالرغم من أن الفريد بينيه طور ما يعرف بمقاييس الذكاء إلا انه أضاف فئة جديدة وهى فئة التخلف العقلي البسيط أو ما يعرفون بالقابلين للتعلم و أضافت هذه الفئة أعداد كبيرة جدا إلى المجتمع و أصبحت معه إساءة معاملة لهم وعزلهم في مؤسسات ايواء غير إنسانية، وفى عام ١٩٣٥ قام عالم النفس ادجار دول Edgar Doll بتطوير مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي بهدف تقييم المهارات الحياتية والمهارات التكيفية للأطفال و بالتالي من خلال هاتين المقايسين (الذكاء والسلوك التكيفي) أمكن تشخيص الإعاقة الفكرية بسهولة و بالتالي تقديم برامج تدريبية أفضل لهم في المؤسسات الداخلية، وفى النصف الأول من القرن العشرين، تلاحق إنشاء المدارس الداخلية للأطفال ذوى الإعاقة الفكرية و أصبح أعداد الملتحقين بها في زيادة مستمرة و إضافة إلى الاعتقاد بإمكانية تشخيص الإعاقة الفكرية أصبح هناك شعور عام بإمكانية معالجة الإعاقة الفكرية من خلال التدريب الفعال و أصبحت المؤسسات الداخلية مكتظة بالأشخاص ذوى الإعاقة الفكرية مما أدى إلى إعادة أعداد كبيرة منهم إلى المجتمع من خلال دمج فصول التربية الخاصة في المدارس العادية وفى تلك الفصول يتم تعليم الأطفال من ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة أما الأطفال من ذوى الإعاقة الفكرية المتوسطة فيتم تأهيلهم وتدريبهم من خلال مراكز ومؤسسات التربية الخاصة بينما يظل ذوى الإعاقة

العقلية الشديدة بلا تعليم ولا تدريب فقط يتلقون المساعدات من الآخرين. (محمد محروس الشناوى: ١٩٩٧).

تعريفات الإعاقة الفكرية

يستخدم مصطلح الإعاقة الفكرية كمفهوم شامل للدلالة على انخفاض الأداء الوظيفي العقلي بكافة درجاته، وإلي الآن ليس ثمة اتفاق كبير على التسمية ولا التصنيف الصحيح للإعاقة الفكرية. فلقد تبنى إتحاد الطب العقلي الأمريكي كلمة «النقص العقلي» Mental Deficiency، وفي التسمية اللاتينية يستخدم الأطباء العقليون اسم Hypophernia ومعناها التأخر التركيبى أو الوظيفي، ويستخدم الأطباء الروس اصطلاح «قلة العقل Oligophernia. وكذلك تضمن التراث السيكولوجي العديد من المصطلحات والتي استخدمت للدلالة على الظاهرة ككل، من أمثال الضعف العقلي Mental Deficiency، والإعاقة العقلية Mental Handicap، والمستوى دون لعادى Mental subnormality، و إنعدام العقل أو قصور نموه amentia، وصغر العقل أو قلته Oligophrenia، وكذلك للدلالة على فئة بعينها من فئات التخلف العقلي ودرجاته Moron، أو ضعيف العقل Feeble-Mindedness، والبلهاء imbecile، والمعتوهين Idiot.

ولم يقتصر الأمر على تعدد المصطلحات بل أمتد إلي التباين في التعريفات التي تناولت هذه الظاهرة، ويرجع هذا التباين إلي الاختلاف في الخلفيات العلمية، وإلي المجال الذي ينظر من خلاله لهذه المشكلة. وبذلك فقد تم تعريف وتصنيف الإعاقة الفكرية من وجهات نظر مدارس مختلفة طبقا لطبيعة وتخصص و إهتمامات الباحثين سواء كانوا أخصائيين نفسيين أو تربويين أو أطباء. وقد إرتبط بكل إتجاه في تعريف التخلف العقلي تصنيف خاص، وذلك على النحو التالي:

- التعريفات الطبية.
- التعريفات السلوكية (النفسية).
- التعريفات الاجتماعية.
- التعريفات التربوية.

أولاً:- التعريفات الطبية

ينظر للإعاقة في إطار المنظور الطبي في ضوء تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدى إليه سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها. ويعرف الإعاقة الفكرية من المنظور الطبي بأنه: « ضعف، أو قصور في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل داخلية، أو خارجية يؤدى إلي تدهور في كافة الجهاز العصبي، ويؤدى بالتالي إلي نقص في المستوى العام في النمو، وعدم إكتماله في بعض جوانبه، ونقص أو قصور في التكامل الإدراكي، والفهم، والاستيعاب، كما يؤثر بشكل مباشر في التكيف مع البيئة.

يعرفه جرفيس Jervis بأنه: حالة توقف أو عدم إكتمال النمو العقلي نتيجة لمرض أو إصابة تحدث للفرد قبل سن المراهقة أو نتيجة لعوامل جينيه أثناء فترة التكوين.

ورغم ما يلاحظ على هذا التعريف من أنه يوضح بعض أسباب الإعاقة الفكرية، إلا أنه لا ينطبق على كل الحالات، وبالتالي لا يصلح للتشخيص.

وتعرف الجمعية الملكية الطبية النفسية (١٩٧٥) الإعاقة الفكرية: بأنها حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله تظهر في صور مختلفة، والصورة المعتادة هي الانخفاض في تكوين ما يعرف بوظائف الذكاء، و التي يمكن أن تقاس بالطرق السيكومترية تحت مسميات مثل العمر العقلي، ونسبة الذكاء، وفي حالات أخرى فإن العقل غير النامي قد يظهر أساسا في صورة إخفاق في المحافظة على ضبط معتاد على العواطف، أو الوصول إلي المواصفات المطلوبة للسلوك الإجتماعى العادي.

وأقرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي Psychiatric association American في الطابعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي، و الإحصائي للأمراض، و الاضطرابات النفسية والعقلية (١٩٩٤) DSM -IV وجود ثلاث محكات رئيسية للإعاقة الفكرية كالتالي:

١-أداء عقلي عام دون المتوسط ، ونسبة ذكاء ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال.

٢-قصور في السلوك التكيفي للطفل، أي فيما يتعلق بكفاءته في الوفاء بالمستويات المتوقعة ممن هم في نفس عمره الزمني، وفي جماعته الثقافية، وذلك في إثنين على

الأقل من المجالات التالية: التواصل، الاستفادة من إمكانيات المجتمع وموارده، والتوجيه الذاتي، والمهارات الأكاديمية الوظيفية، العمل، الفراغ، الصحة، السلامة.

٣- أن يحدث ذلك خلال فترة النمو أي قبل سن ١٨ سنه.

ثانياً:- التعريفات السلوكية

وهذه التعريفات تتخذ من ضعف الأداء العقلي والخصائص السلوكية، ونقص الكفاءة أو الصلاحية الاجتماعية Social Competence محكا أساسيا لتحديد الإعاقة الفكرية حيث إعتمدت تلك التعريفات في نظرتها للإعاقة الفكرية على أبعاد متعددة كالقدرة العقلية، والكفاءة الاجتماعية، وعلى المظاهر السلوكية، والسلوك التكيفى للأطفال المعاقين فكرياً. ويعتبر تعريف هيبر Heber (١٩٥٩) أساسا للتعريفات الحديثة للإعاقة الفكرية حيث عرفه بأنه: « حالة تتصف بمستوى وظيفي للعقل دون المتوسط تبدأ أثناء فترة النمو ويصحبها قصور في السلوك التكيفي»... وقد أوضح المصطلحات المستخدمة في تعريفة وأعتبرها معايير للتعرف على الشخص المعاق فكرياً على النحو التالي:

١-أن يكون المستوى الوظيفي للعقل دون المتوسط: أي يقل عن مستوى أداء أقرانه العاديين بمقدار إنحرافين معياريين إذا قيس الأداء على أحد إختبارات القدرة العقلية العامة.

٢-أن يعانى الفرد من قصور في السلوك التكيفى: وهذا يعنى أن يتأخر نمو الفرد في نواحي: النضج، القدرة على التعلم، والتكيف الاجتماعي.

٣-أن يحدث ذلك خلال فترة النمو: أي من بداية التكوين إلي سن المراهقة - حيث سن ١٦- ١٨ سنة كمعيار لنهاية فترة النمو العقلى.

كما قدم جروسمانGrossman التعريف التالي الذي ينص على أن الإعاقة الفكرية يشير إلي « حالة من إنخفاض الأداء العقلي العام عن المتوسط بشكل ملحوظ يصاحبه عجز في السلوك التكيفي، ويظهر خلال مرحلة النمو. ويحدد جروسمان في هذا التعريف ثلاثة محددات للإعاقة الفكرية، وهى:

١. أداء عقلي عام دون المتوسط: وهو النتائج التى نحصل عليها باستخدام أحد مقاييس الذكاء العام المعدة لهذا الغرض، بحيث يكون هذا الأداء دون المتوسط بشكل دال، أي دون المتوسط بإنحرافين معياريين على الأقل.

٢. قصور في السلوك التكيفي: حيث يقل سلوك الفرد التكيفي عن من هم في مثل سنه.

٣. فترة النمو: وهى الفترة الزمنية بين مولد الطفل وبين سن الثامنة عشر من عمر الطفل.

وتعرف منظمة الصحة العالمية(World Health organization (WHO)(١٩٩٢) في التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD-١٠) الإعاقة الفكرية بأنه حالة من توقف النمو العقلي أو عدم إكتماله، تتميز بشكل خاص باختلاف في المهارات، يظهر أثناء دورة النماء، ويؤثر في المستوى العام للذكاء، أي القدرات المعرفية، واللغوية، والحركية، والاجتماعية، وقد حدث الإعاقة الفكرية مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسمي آخر، ولكن الأفراد المعاقين فكرياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية، بل إن معدل انتشار الاضطرابات النفسية الأخرى بين المعاقين فكرياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلي أربعه أضعافه بين عموم السكان، ويكون السلوك التكيفي مختلا.

ثالثاً:- التعريفات الاجتماعية

يعرف دول Doll (١٩٤١) الإعاقة الفكرية من حيث آثاره على النمو الاجتماعي للفرد، و أعتبر مدى الصلاحية الاجتماعية والتوافق الاجتماعي للفرد معيارا أساسيا للتعرف على الشخص المعاق فكرياً. ويعرف الشخص المعاق فكرياً بأنه: « شخص غير كفء اجتماعيا ولا يستطيع أن يسير أموره وحدة وهو أقل من الأسوياء في القدرة العقلية وأن تخلفه يحدث منذ الولادة أو في سن مبكرة.

ومن هذا التعريف يتضح أن دول قد اهتم بالبعد الإجتماعى وأهمل الأبعاد الأخرى، لذلك فإن تعريفة لا يصلح للتشخيص، كذلك لا يعتمد علية في العلاج.

قد نص التعريف علي أن الفرد المعاق عقليا:

- غير كفء اجتماعيا و مهنيا و لا يستطيع أن يسير أموره وحده.
- دون الأسوياء في القدرة العقلية العامة « الذكاء ».
- يظل متخلفا عقليا عند بلوغ سن الرشد.
- يظهر تخلفه منذ الولادة أو في سن مبكرة.
- يرجع تخلفه العقلي إلي عوامل تكوينية في الأصل.

و نجد أن دول لا يعتمد علي محك واحد في تشخيص التخلف العقلي.. و يري ضرورة الاعتماد علي عدة محكات، و يتطلب ذلك دراسة ظروف الحالة و نوع الخبرات التي تعرض لها أثناء النمو، و كذلك الظروف الاجتماعية و الثقافية التي أثرت في النمو.. و إن كان قد قدم الجانب الاجتماعي في التعريف عندما بدأ التعريف بأن الإعاقة الذهنية عبارة عن عدم الاستطاعة الاجتماعية و هو المحك الرئيسي للحكم علي الفرد بأن يكون معاقا اجتماعيا أو لا و بعد ذلك أرجع عدم الاستطاعة العقلية هذه للقصور في المظاهر العقلية.. ولذلك قام دول ١٩٤٧ بإعداد مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي « Vineland Social Maturity Scale» لتأكيده علي جانب عدم الاستطاعة الاجتماعية الذي تحدثنا عنه.

ويعرف عادل عبد الله (٢٠٠٤) الإعاقة الفكرية في ضوء الكفاءة الاجتماعية للطفل المعاق فكرياً من المنظور الإجتماعى بأنه غير كفء اجتماعيا، ومهنيا ودون نظيرة السوي في القدرة العقلية، والاجتماعية، وعادة ما تبدأ منذ الميلاد أو في سن مبكرة من النمو، وتستمر كذلك حتى مرحلة الرشد. وهى حالة غير قابله للشفاء التام، وتتسم بقصور واضح في الأداء الوظيفي. ويعتمد هذا المنظور على إستخدام المقاييس الإجتماعية المختلفة التى تعمل على قياس مدى تكيف الفرد مع المجتمع وقدرته على الإستجابه للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة من أقرانه في مثل سنه وفي جماعته الثقافية.

رابعاً:- التعريفات التربوية

تناول بعض الباحثين ظاهرة الإعاقة الفكرية على أنها مشكلة تربوية وتعليمية، وقد ركزت تعريفاتهم للإعاقة الفكرية على مدى القصور في القدرة على التحصيل الدراسي،

بالإضافة إلى القدرة على التوافق الإجتماعى فى بيئة المدرسية. ومن أشهر هؤلاء الباحثين:

كريستين إنجرام Ingram Christine (١٩٥٣) حيث عرفت الطفل المعاق فكرياً بأنه «الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي وتقع نسبة ذكائه بين ٥٠ - ٧٥، وتطلق إنجرام على هذا الطفل مصطلح « بطيء التعلم slow learner» ، ويتضح من هذا التعريف أنه لا يصلح إلا لفئة واحدة من فئات المعاقين فكرياً وهى القابلين للتعلم، و يهمل الفئات الأخرى من ذوى الإعاقة المتوسطة والشديدة.

ويعرف صالح هارون (١٩٨٥) الطفل المعاق فكرياً بأنه الطفل الذي يعانى من تخلف وبطء فى التحصيل وعدم القدرة على مسايرة برامج التعليم بالمدارس العادية بسبب تخلف قدراته العقلية، ويفشل في تحصيل المجردات والتعامل معها، وقد يستطيع إكتساب مبادئ القراءة والكتابة والحساب عن طريق برامج تعليمية خاصة فيسمى قابلا للتعلم educable، أو يفشل في إكتساب هذه المبادئ البسيطة فيسمى غير قابل للتعلم uneducable.

ويعرف ديان برادلى وآخرون (٢٠٠٠) الإعاقة الفكرية بأنه « مصطلح يشير إلي أداء عقلي أقل من المتوسط، ويصاحبه قصور في السلوك التكيفي ويظهر في الفترة النمائيه مما يؤثر على أداء الطفل التعليمي.

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والتطورية (٢٠٠٨).

في عام ٢٠٠٧ تم تغير مسمى الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي إلى مسمى الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والتطورية (American Association on Intellectual Developmental Disabilities) وفى عام ٢٠٠٨ قدمت هذه الجمعية تعريف للإعاقة الفكرية على أنها « هي إعاقة تتميز بإنخفاض ملحوظ في كلا من الأداء العقلي والسلوك التكيفي الذين تمثلهما المهارات المفاهيمية والاجتماعية و التكيفية العملية، وهذه الإعاقة تظهر قبل بلوغ الفرد الثامنة عشر من عمره.

يتضح من التعاريف السابقة وجود تعدد كبير ومناحي متباينة في تعريف الإعاقة العقلية حيث تقتصر الفئة الأولى من التعاريف الطبية والعضوية على الجانب الوراثي الخاص بالجينات والمرحلة النمائية لتي حدث فيها المرض وعدم قابلية ذلك الفرد للشفاء، أما

التعاريف الاجتماعية فإنها تضيف أيضا البعد الاجتماعي الذي يؤكد على قصور مهارات وقدرات المعاقين عقليا نتيجة ذلك القصور العضوي في الأداء الوظيفي للمخ وهو الأمر الذي يؤدى إلى سوء التكيف وعدم قدرة هؤلاء الأطفال على التوافق مع البيئة المحيطة بهم أما التعاريف التربوية والنفسية للإعاقة العقلية فإنها تضيف للأبعاد السابقة بعيدا جيدا وهو قصور قدرة هؤلاء الأطفال في مجال التعلم عن غيرهم من الأطفال الأسوياء في نفس عمرهم الزمني نتيجة قصور قدرتهم.

تعريف المعاقين فكريا القابلين للتدريب

قبل أن نتحدث عن تعريف فئة القابلين التدريب علينا أولا التحدث عن الذكاء

مفهوم الذكاء:

تعددت تعريفات الذكاء منذ البدايات الأولى لظهور ميدان علم النفس، ومهما كانت تلك التعريفات فإنها تدور حول طرق تفسير تلك الظاهرة والتي يطلق عليها أحياناً اسم القدرة العقلية (Mental Ability) معبراً عنها بنسبة الذكاء (Intelligence Quotient I.Q)، و مع اتفاق اللغات اليونانية واللاتينية والعربية في تحديد معني الذكاء لغويا(على انه يعني سرعة الفهم) إلا أن علماء النفس اختلفوا فيما بينهم في تعريف الذكاء. ويعتبر الذكاء مفهوماً افتراضياً تستدل عليه من آثاره والتي تبدو في السلوك الذي يعبر عن ذلك المفهوم الفرضي، فمنذ بداية ظهور أول اختبار للذكاء منذ أيام الفرد بينيه (١٩٠٥) وحتى ظهور نظرية الذكاء الانفعالي (١٩٩٥) وأدوات قياس ذلك الذكاء الانفعالي ولذا ظهرت العديد من النظريات التي تفسر الذكاء.

ولقد اختلفت وجهات نظر علماء النفس في تعريف مفهوم الذكاء وذلك بسبب اتساع مدى النشاط العقلي الذي تمثله هذه القدرة العامة وتنوعه وصعوبة التفريق بين مكوناته، وأيضاً بسبب علاقته وارتباطه بالجهاز العصبي وعمل الدماغ، مما جعل تعريفات الذكاء تأخذ صوراً عديدة، ويمكن تصنيف التعريفات التي وضعوها إلى خمسة أنواع:

١ - تعريفات تؤكد على تكيف الفرد مع الظروف التي يعيش فيها وإتيانه باستجابات مناسبة في المواقف المختلفة ومنها تعريف شترن Stern: بأنه القدرة على التكيف

العقلي مع الحياة وظروفها الجديدة، و تعريف ثورنتدايك (١٩٢٥) بأنه القدرة على عمل الاستجابات الملائمة(وقد ميز بين ثلاثة أنواع من هذه القدرة وهى الذكاء المجرد والذكاء العملي والذكاء الاجتماعي).

٢ - تعريفات تؤكد على القدرة على التعلم ومنها تعريف جودرد Judord:بأنه القدرة على الاستفادة من الخبرة السابقة في حل المشكلات الجديدة.

٣ - تعريفات تؤكد على القدرة على التفكير ومنها تعريف ترمانTerman:بأنه القدرة على التفكير المجرد، كما قام كاتلCatel (١٩٧١) بتعريف الذكاء على انه مزيج من السمات الإنسانية التي تشتمل القدرة على استبعاد العلاقات المعقدة والقيام بالوظائف الذهنية التي يتطلبها التفكير المجرد والقدرة على التكيف وحل المشكلات واكتساب خبرت جديدة.

٤ - تعريفات أكثر شمولا، وتجمع مجموعة من الوظائف العقلية التي يتسم بها السلوك الذكي، ومنها تعريف الفرد بينيه (١٩٠٥) على أنه قدرة عقلية عامة تبدو في عدد من القدرات الفرعية المتمثلة في القدرة على لتذكر والتفكير والتآزر العربي الحركي، وحل المشكلات، والمفردات. وتعريف وكسلرWechsler (١٩٤٩-١٩٧٤):بأنه القدرة الكلية لدى الفرد على التصرف الهادف، والتفكير المنطقي، والتعامل المجدي مع البيئة.

وكذلك تعريف ستودارد للذكاء على انه القدرة على القيام بأوجه من النشاط تتميز بما يأتي: الصعوبة - التعقد - التجربة - الاقتصاد - الاندفاع نحو هدف - القيمة الاجتماعية - ظهور الابتكارات والاحتفاظ بهذه الأوجه من النشاط تحت ظروف تتطلب تركيز الجهد ومقاومة العوامل الانفعالية، و أخيراً تعريف كلارك (١٩٩٢) بأن الذكاء هو محصلة الأنشطة الدماغية للفرد في المجالات المعرفية والانفعالية والحدسية والبدنية الناجمة عن التفاعل بين النمط الوراثي (الجيني) الفريد له وبين المحيط والبيئة وهو بذلك حصيلة تفاعل بين سمات موروثة وأخرى مكتسبة، ويمكن تقويته أو إعاقته اعتماداً على طبيعة هذا التفاعل.

٥ - تعريفات تحاول حسم الخلاف بتعريف الذكاء تعريفا إجرائيا، ومنها تعريف بورنج: الذكاء هو ما تقيسه اختبارات الذكاء.

إن نمو الذكاء قد يتوقف كقدرة كامنة شأنه في ذلك شأن النمو الجسمي، ولكن لا يعني ذلك توقف التعلم والإنتاج العقلي واكتساب المهارات والخبرات الجديدة.

الفروق الفردية في الذكاء:

إن الذكاء موزع توزيعا اعتداليا بين الناس، أي أن الغالبية العظمى من الناس يقعون في المستوى المتوسط(٦٨٪)، وقليل منهم فيما فوق المتوسط (١٦٪)، ومثلهم فيما دون المتوسط (١٦٪).

تصنيفات الذكاء:

المرتبة	نسبة الذكاء	النسبة المئوية لعدد الأفراد
عبقري	١٤٠ فأكثر	١٦٪
ذكي جدا	١٢٠ - ١٤٠	
ذكي (فوق المتوسط)	١١٠ - ١٢٠	٦٨٪
عادي	٩٠ - ١١٠	
دون المتوسط (غبي)	٨٠ - ٩٠	
الحد البيني ضعف عقلي خفيف	٧٠ - ٨٠	١٦٪
إعاقة عقلية بسيطة (القابل للتعلم)	٥٠ - ٧٠	
إعاقة فكرية متوسطة (قابل للتدريب	٣٥-٤٩	
إعاقة فكرية شديدة (اعتمادي)	أقل من ٢٥	

قياس الذكاء:

أول من قام بقياس الذكاء هو بينيه ومساعده سيمون ، وقد توصل بينيه إلى فكرة العمر العقلي

- العمر العقلي هو قدرة الطفل الإجابة عن أسئلة يجيب عنها متوسطوا الذكاء في سن معينة. مثلا: طفل في سن السابعة (عمر زمني) ، يستطيع الإجابة عن أسئلة الأطفال في سن ثمانية سنوات ، فعمره العقلي هو ثمانية سنوات. . .

و لم يكن العمر العقلي كافيا لقياس الذكاء لأن الطفل الذي كان متأخرا عاما واحدا في سن خمس سنوات - مثلا - كان يتأخر عامين عند العاشرة - لذلك كان لا بد من جعل الفرق النسبي ثابتا.

- لذلك وضع شترن النسبة العقلية وهي = $\frac{\text{عمر عقلي}}{\text{عمر زمني}}$
- قام تيرمان بتعديل ما قام به شترن فوضع نسبة الذكاء، وهي المستخدمة في قياس الذكاء حتى اليوم.

نسبة الذكاء = $\frac{\text{عمر عقلي}}{\text{عمر زمني}} \times ١٠٠$

مصطلحات ومفاهيم قياسية:

قبل تحديد مفهوم القابلين للتدريب لابد من معرفة العديد من المصطلحات القياسية والتي لها علاقة مباشرة بالذكاء والقدرات العقلية، مثل مفهوم العمر العقلي، والانحراف المعياري لنسبة الذكاء.

١- **مفهوم العمر العقلي:** أول من قدم مفهوم العمر العقلي هو مقياس ستنافورد بينيه وذلك من خلال مقياس الأداء العقلي.

ويقدر ذكاء الفرد = $\frac{\text{عمر عقلي}}{\text{عمر زمني}} \times ١٠٠$

فمثلا طفل عادى عمره الزمني ١٢ فستكون نسبة ذكائه ١٠٠ فعليه فإن العمر العقلي بكل تأكيد سيكون ١٢ سنة، بينما الطفل الذي يتخلف فى عمره العقلي عن أقرانه ستكون نسبة ذكائه اقل من ١٠٠ .

أما العمر العقلي للفرد سيكون تبعاً للمعادلة الآتية

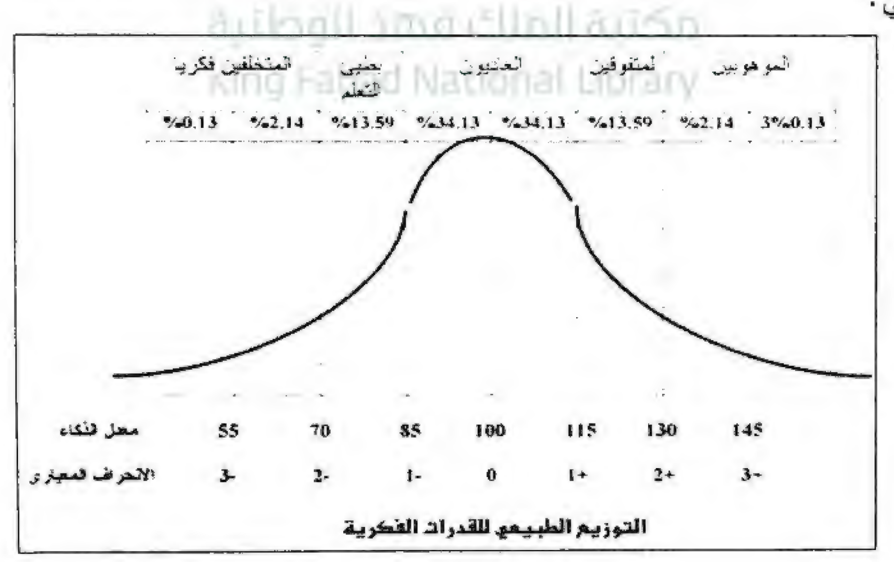
العمر العقلي = **العمر الزمني × نسبة الذكاء** / ١٠٠

فمثلا طفل عمرة الزمني ١٠ سنوات ونسبة ذكائه ٨٠ فسيكون عمره العقلي

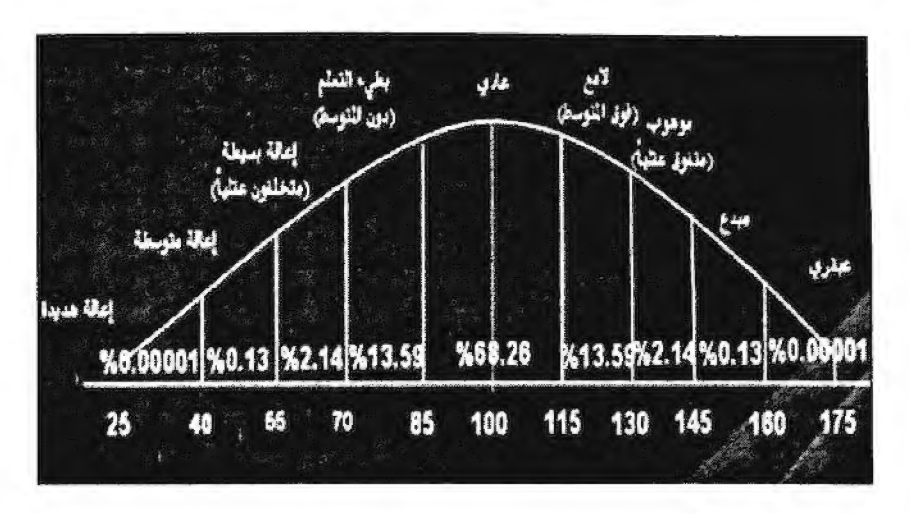
= ١٠×٨٠/١٠٠= ٨ سنوات .

٢- الانحراف المعياري لنسبة الذكاء

المنحنى والتوزيع الطبيعي يبين الانحرافات المعيارية والنسبة المئوية للفئات المختلفة ذات النسب الذكائية، فلذلك المنحنى يفصل بخطوط عمودية تبدأ من نقطة الصفر أو نقطة الارتكاز كما انه ينقسم إلى قسمين أيمن وأيسر كل قسم يوجد فيه أربع انحرافات معيارية سالبة وموجبه، كل اختبار أو مقياس مقنن لديه نقاطه أو علاماته الخاصة به على مرتكز المنحنى الطبيعي والتي تساوي المعدل أو المتوسط، وأيضا كل اختبار مقنن لديه نقاطه أو علاماته الخاصة على مرتكز المنحنى الطبيعي والتي تساوي المعدل أو المتوسط، أيضا كل اختبار مقنن لديه العديد من نقاطه المساوية لوحده الانحراف المعياري كما هو مبين بالشكل التالي.



التوزيع الطبيعي للقدرات الفكرية



ففي الشكل الأول نجد أن ٣٤,١٣ ٪ من الأفراد لديهم نقاط تتراوح ما بين الصفر إلى انحراف معياري واحد سالب. كما أن نجد ٣٤,١٣ ٪ من الأفراد لديهم نقاط تتراوح ما بين صفر إلى انحراف معياري واحد بالموجب وبالتالي نجد أن مجموع الانحرافتين المعياريين يشكل ٦٨,٢٦٪ أو ما يقارب ثلثي الحالات يمتد ما بين معدل انحراف معياري واحد سالب وموجب وتتمثل هذه المجموعة فى نسب الذكاء الممتدة من ٨٥-١١٥ (على مقياس وكسلر) و ٨٤-١١٦ (على مقياس ستانفورد بينيه). و حوالى ١٣,٥٩٪ من المجتمع البشري يقعون بين درجتي ذكاء من ٧٠-٨٥ درجة وهذه المجموعة تمثل ما دون المتوسط وفى المقابل مجموعه المتفوقين ما فوق المتوسط ويقعون ما بين ١١٥- ١٣٠ درجة.

كما نجد أن ٢,١٤ ٪ من الناس لديهم درجة ذكاء تتراوح ما بين ٥٥-٧٠ وهؤلاء يشكلون الإعاقة الفكرية البسيطة (القابلون للتعلم)، ويقابلهم فى الجهة الأخرى من المنحى الطبيعي ٢,٤٪ فئة المتفوقين عقلياً ويمثلون نسبة ذكاء تمتد من ١٣٠- ١٤٥.

جدول يوضح درجات الإعاقة الفكرية وتفاوتها حسب مقياس بينيه ومقياس وكسلر

درجة الإعاقة الفكرية	نسبة الذكاء		
	مقياس ستانفورد بينه انحراف معياري =١٦	مقياس وكسلر انحراف معياري = ١٥	الانحراف المعياري عن المتوسط العام
بسيطة MILD	٦٨- ٥٢	٧٠-٥٥	٢-٣,٣
متوسطة Moderate	٥١- ٣٦	٥٤-٤٠	٣,٤-٤,٣
شديدة Severe	٣٥-٢٠	٣٩-٢٥	٤,٤-٥,٣
عميقة Profound	١٩فأقل	٢٤ فأقل	٥,٣ فأقل

المعاقين فكريا القابلين للتدريب
Trainable intellectual disabled

أولاً: تحديد مفهوم القابلين للتدريب من الناحية التربوية:

من الضروري وضع تعريف تربوي إجرائي لفئة القابلين للتدريب حتى يمكننا من تحديد متطلبات هذه الفئة من مناهج واستراتيجيات وبرامج تدريبية وكل ما يمكن عملة من اجل مساعدتهم على الحياة بشكل مستقل.

كما أن التشخيص والقياس لعب دورا أساسيا فى تشخيص الحالة من جميع جوانبها وتقديم أفضل الحلول، بينما نجد أن تطور الطب قد ساعد فى تشخيص ومعرفة العديد من الأسباب وبعض الحالات ذات الهوية المجهولة فى الماضي، وكذلك الكفاءة الاجتماعية للمعاق فكرياً أخذت طورا متقدماً فى العلاقات الإنسانية أو بمعنى أخر علاقات مع الأشخاص العاديين زاد رصيدها وهذا نظرا للتغيرات والتطوير الدائم فى العلوم الاجتماعية والإنسانية بشكل عام بالإضافة إلى ذلك نجد أن الرعاية التربوية قد نهجت نهجاً علميا للأخذ بالأساليب والطرق الحديثة لتحسين وتزويد المعاق فكرياً بالمهارات الاجتماعية والمهنية لدرجة أن علم

التربية بدأ يبرز كعلم منافس ومزاحم للعلوم الأخرى فى تقديم أفضل الخدمات للمعاقين فكرياً والمبني على أسس تربوية علمية هادفة.

ونجد أن فئة القابلين للتدريب حظيت باهتمام زائد ودقيق فى إطار مناهج التأهيل المهني والاجتماعي.

أن مفهوم المعاقين فكرياً القابلين للتدريب استمد من التصنيف التربوي لجميع فئات الإعاقة الفكرية و التى تعتبر الفئة الثانية من ناحية درجة الذكاء والقدرة الأدائية، فليس هناك تعريف قائم بذاته لتلك الفئة ولكن بالإمكان تعريف تلك الفئة فى إطار التعريف العام للمعاقين فكرياً والقائم على الأسس والمعايير التالية:

١-الأداء الوظيفي يقل عن المتوسط بوحدتين أو أكثر من الانحراف المعياري بحيث يكون نسبة ذكائهم تتراوح من ٤٠-٥٥

٢-الإعاقة الفكرية مصحوبة بخلل وقصور فى السلوك التكيفي.

٣-أن تحدث خلال فترة النمو المحدد ب ١٨ سنة.

وقد وضح اورلنسكى وهوارد ١٩٨٠ أن فئة القابلين للتدريب لا يستفيدون من البرامج الأكاديمية والتعليمية فى المدارس العادية، نتيجة لوجود صعوبات تكوينية شديدة لديهم فى تعلم المهارات الأكاديمية لذلك فهم فى أمس الحاجة إلى برامج تدريب خاصة تركز على العناية الذاتية والتواصل فى المهارات الاجتماعية.

وبالتالي فإن فئة القابلين للتدريب هم الأطفال الذين لديهم صعوبة فى الأمور التالية:

١-المهارات التعليمية و الأكاديمية على جميع المستويات الوظيفية.

٢-الاستقلال الذاتي فى التوافق الاجتماعي وخصوصا على مستوى الكبار .

٣-الوصول إلى الكفاية المهنية على مستوى الكبار للدعم الذاتي بدون إشراف أو مساعدة خارجية.

إذا أن الطفل القابل للتدريب هو القادر على إحراز أو اكتساب مايلي:

١-مهارات المساعدة الذاتية مثل لبس الملابس وخلعها، واستخدام الحمام، و إطعام ذاته.

٢-القدرة على حماية الذات من المخاطر العامة في المنزل والمدرسة والحي.

٣-القدرة على التكيف الإجتماعى» في المنزل و الحي وهذا محسور في الأمور الآتية: تعلم المقاسمة - المشاركة مع الآخرين - احترام حقوق وملكيات الآخرين أو التعاون مع الآخرين في المنزل والمجتمع.

٤-المنفعه الاقتصادية في المنزل و الحي وذلك عن طريق المساعدة والمساهمة في بعض الأعمال الخفيفة والروتينية أو عمل بعض الأعمال الخفيفة والتي لا تحتاج إلى مهارات عالية وخصوصاً في الورش المحمية وذلك تحت الإشراف وخصوصا في مرحلة الطفولة.

تتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة ما بين (٣٥- ٤٠ إلى من ٥٠-٥٥) درجة وعند هذه الدرجة من التخلف يكون الطفل متأخرًا في جميع أنماط النمو والتطور، فهو يتأخر في الكلام ويجد مشكلة في تذكر الأشياء، ويتصرف مثل أطفال في نصف عمره، وتعتبر اللغة من المشاكل التي تواجه الأطفال المتخلفين عقليًا بدرجة متوسطة، فالطفل ما بين الثالثة والخامسة يستخدم أصواتًا عديمة القيمة (جميل والجرواني، ١٩٩٩).في الغالب ينظر إلى أفراد هذه الفئة بأنهم غير قادرين على التعلم بشكل عام وخصوصًا المهارات الأكاديمية، وإنما يمكنهم التدريب على المهارات الأساسية كمهارات العناية بالذات، وقد أُطلق عليهم (القابلون للتدريب Trainable) ونتيجة لهذه التسمية أو الصفة فقد تم وضعهم في مؤسسات خاصة لهم تعنى بتدريبهم يمكن لكثير من حالات التخلف العقلي المتوسط تعلم مبادئ بسيطة في القراءة والكتابة والحساب، فقد ذكر بندرالعتيبي (٢٠٠٣) بأنه يمكن تعليم الأطفال ذوي التخلف العقلي المتوسط والشديد مختلف المهارات الأكاديمية، وذلك من خلال استخدام طرق وإستراتيجيات مختلفة.

أما بالنسبة للسلوك التكيفي، فالأفراد الذين يعانون من إعاقات متوسطة وشديدة فهم يواجهون صعوبات في المهارات التكيفية، ويشتمل السلوك التكيفي على المهارات الشخصية والمهارات الاستقلالية وعلى التفاعل الاجتماعي، حيث تعد هذه المهارات مهمة للنجاح والتكيف الاجتماعي (بندر العتيبي، ٢٠٠٣)، وقد أبرز بعض الباحثين أن تقييم السلوك التكيفي لأفراد هذه الفئة ينبغي أن يضم السلوك داخل المدرسة مثل المهارات الأكاديمية الوظيفية.

والسلوك التكيفي يشير إلى القدرة على أن يكون التلميذ مسئولا اجتماعيًا، وهذا معناه أن التلاميذ يحتاجون إلى منهج تعليمي يدرس لهم مختلف المهارات التي تساعدهم على الاستقلالية في المجتمع.

ويشير خالد الحبوب، أمينة الرويلي (٢٠١١) إلى تعريف المعاقين فكريا القابلين للتدريب على أنها فئة تتراوح نسب ذكائها ما بين (٥٠-٣٠) ويعاني أفراد هذه الفئة من عدم القدرة على التعليم ويكون هذا واضح في تدني التحصيل الأكاديمي، وتحتاج هذه الفئة إلى تدريبهم على بعض المهارات الحياتية كلبس الملابس والرعاية الخاصة كالاستحمام والأعمال المنزلية كترتيب فراش النوم.

ويمكننا تعريف القابلين للتدريب على أنهم فئة من الأفراد المعاقين فكريا الذين لديهم قصور واضح فى الأداء العقلي والسلوك التكيفي بحيث يتدنى مستوى ذكائهم ليصبح ما بين (٣٥- ٤٠ إلى من ٥٠-٥٥) بحيث يصل أقصى عمر عقلي لهم هو ٨ سنوات ونستطيع تدريبهم على بعض الأمور الأساسية للعناية بالذات وبعض المهارات الأكاديمية البسيطة وبعض المهن المحدودة لمحاولة جعلهم على قدر من الاستقلالية إلا أنهم بحاجة إلى الدعم والمتابعة بشكل مستمر.

إنتشار ظاهرة الإعاقة الفكرية

تختلف نسبة الإعاقة الفكرية من مجتمع إلى أخر كما تختلف تبعا لعدد من المتغيرات في ذلك المجتمع، فهي تختلف باختلاف متغير درجة الإعاقة العقلية، والجنس، والعمر والمعيار المستخدم في تعريف الإعاقة الفكرية، كما تختلف تلك النسبة باختلاف البرامج الوقائية من الإعاقة الفكرية ومهما يكن من اختلاف تلك النسبة فإنها تتراوح من الناحية النظرية ما بين)٢٪-٣٪(من سكان المجتمع. ومن الضروري الإشارة إلى مصطلحات رئيسية ذات علاقة بموضوع انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية في أي مجتمع. وهي:نسبة شيوع الإعاقة ونسبة حدوثها.

يقصد بنسبة شيوع الإعاقة (prevalence) العدد الإجمالي للأشخاص المعوقين فى المجتمع فى فئة عمرية معينة في فترة زمنية معينة. وتستخرج هذه النسبة بقسمة عدد أفراد

من فئة عمرية معينة ممن لديهم إعاقة ما على مجموع السكان من تلك الفئة العمرية.

أما نسبة الحدوث (Incidence) فهي تمثل عدد حالات الإعاقة الجديدة التي حدثت في فترة زمنية محددة.

إن مصطلح نسبة حدوث الإعاقة الفكرية في زمن معين أو فترة زمنية معينة وقد تزيد أو تنقص حالات الإعاقة الفكرية تبعا لمجموعة من العوامل الخاصة بفترة زمنية معينة، (من ١٪- ٥٪) وفق هذا المصطلح، وأما المصطلح الثاني فهو نسبة شيوع أو انتشار حالات الإعاقة الفكرية في المجتمع بشكل عام بغض النظر عن العوامل أو الفترة الزمنية وتكون نسبة انتشار هذه الحالة ثابتة تقريبا (٢٪- ٣٪)أما بالنسبة لفئة الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة فتمثل حوالي. .١٣٪ .

أولا:- العوامل المؤثرة في نسبة حدوث الإعاقة الفكرية

هناك العديد من العوامل تساهم في رفع نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة الفكرية أو خفضها، في دول العالم المختلفة وعلى ذلك فليس من المستغرب أن نجد اختلافا واضحا بين دول العالم في نسبة انتشار هذه الظاهرة، ومن هذه العوامل:

١-المعيار المستخدم في تعريف الإعاقة الفكرية

تطور تعريف الإعاقة الفكرية في الولايات المتحدة الأمريكية، فالتعريف الذي قدمه هيبر (Heber) عام ١٩٥٩ واستمر تعريفا رسميا هذا التعريف حدد الأشخاص المعوقين فكرياً بأنهم الذين يتدنى ذكائهم عن المتوسط بانحراف معياري واحد اى يكون ذكائهم اقل من ٨٥ على مقياس وكسلر، و ٨٤ فأقل على مقياس ستنافورد بينيه.

وكان تعريف الجمعية الأمريكية للضعف العقلي ينص على أن الشخص المعوق عقليا (هو من تقل درجة ذكائه بانحراف معياري واحد عن المتوسط - اى تقل درجة ذكائه بانحراف معياري واحد عن المتوسط اى تقل درجة ذكائة عن ٨٤ وفق مقياس بينيه ولديه قصور في السلوك التكيفي) ووفق هذا التعريف نجد أن نسبة شيوع المعوقين عقليا فى المجتمع هى (١٦،٦٨٪)، بينما إذا استخدم تعريف جروسمان فأنها ستصبح (٢،٢٧٪) وذلك عند استخدام الحد الفاصل انحرافين معياريين أو أكثر بدلا من انحراف معياري واحد.

٢- معيار العمر المستخدم في تعريف الإعاقة الفكرية

لاحظ الباحثون أن نسبه المعاقين فكرياً إعاقة بسيطة توجد في مختلف الأعمار ، واقلها في مرحله الروضة، وتكون نسبة عالية وملحوظة في مرحله متقدمة من المدرسة حيث تكون المدرسة هى المكان الأكثر توقعا أن تكتشف فيه حالات الإعاقة وقد أطلق البعض على هذه الظاهرة (تخلف الساعات الست (Six Hour Retardation، أما بالنسبة لحالات الإعاقة العميقة profound فإن نسبتهم تزداد فى مرحلة ما قبل المدرسة ثم تأخذ في التناقص السريع ، ويرجع ذلك إلى أسباب الإعاقة الفكرية في هذه الحالات تقع قبل هذا السن وغالبا ما ترتفع معدلات الوفاة لهذه الفئة بسبب الحالات التى لديها (استسقاء الدماغ ، تاى ساكس وغيرها).

٣- معيار السلوك التكيفي المستخدم في تعريف الإعاقة الفكرية

يشير السلوك التكيفي إلى قدرة الطفل على الأداء في مجالات المسئولية الاجتماعية والكفاءة الذاتية بالنسبة للتوقعات من مجموعات العمر والثقافة والمعيار الاجتماعي التى ينتمي إليها الطفل ولما كانت هذه المجموعات تختلف بالنسبة لمجموعات العمر المختلفة، فأن أشكال التطور في السلوك التكيفي تختلف بالنسبة لمجموعات العمر المختلفة، ويقصد بمعيار السلوك التكيفي أن الفرد المعوق عقليا هو الفرد التي تقل نسبه ذكائه عن ٧٥ وفى الوقت نفسه يعانى من خلل واضح في السلوك التكيفي، أي انه إذا أضيفت الدرجة على مقياس السلوك التكيفي إلى المعايير التي تقرر نسبه المعوقين عقليا فأن ذلك سيؤدى إلى تقليل نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع من (٢,٢٧ ٪ إلى ١٪) حيث تختلف نسبه التخلف العقلي في المجتمعات بحسب المحكات التى تستخدم في تشخيصه.

٤- العوامل النفسية والصحية والثقافية

تعمل العوامل الخاصة بالمستوى الثقافي والمستوى الاجتماعي والوعي الصحي على زيادة أو خفض انتشار ظاهرة الإعاقة الفكرية في المجتمع، حيث توضح الدراسات أن نسبه انتشار الإعاقة الفكرية لدى الفئات الاجتماعية الفقيرة والمحرومة أعلى من الفئات الغنية، اى أن نسبه الانتشار تتناسب عكسيا مع الطبقات الاجتماعية وتزداد نسبه المعاقين فكريا القابلين للتعلم أو بطئ التعلم بانخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي، وهكذا

نلاحظ أن نسبة الإعاقة الفكرية تختلف وتعود غالبا إلى الإختلاف في المعايير المستخدمة لتحديد مدى انتشار التخلف العقلي.

الفرق بين الإعاقة الفكرية والمرض العقلي

هناك من يخلط بين الإعاقة الفكرية وبين المرض العقلي (الجنون) وقد يعتبرونه شيئا واحدا فينظر إلى الإعاقة الفكرية على أنها مرض عقلي ولكن الواقع غير ذلك، ولكن في بعض الحالات يمكن أن تجتمع الإعاقة الفكرية مع المرض العقلي في نفس الفرد، من هنا لابد من التفرقة بين مصطلح الإعاقة الفكرية والمرض العقلي حيث يخلط الكثيرون بينهما. فالفرد ذا المرض العقلى Mental disease يكون عادى الذكاء ولكن يحدث تدهور فى التمييز العقلى بين الواقع والخيال، ويؤدى ذلك إلى أن يسلك الفرد سلوكاً غريباً وشاذاً وقديماً كان يسمى بالجنون ويمسى الآن بالذهانPsychotic ويعالج فى مستشفيات الأمراض العقلية أما الفرد ذا الإعاقة الفكرية فيكون ذكاءه أقل من العادي حيث أنه يكون لديه نقص عقلى يتمثل فى نقص الإدراك والتعلم ولديه سلوك لا تكيفى ويحتاج إلى مربٍّ مختص أو برنامج أكاديمي لتنمية قدراته المختلفة.

كما تعتبر الإعاقة الفكرية حالة وليس مرضا، فالمرض العقلي ما هو إلا اختلال في التوازن العقلي أما الإعاقة الفكرية فى عبارة عن نقص في درجة الذكاء نتيجة لتوقف النمو العقلي للطفل في إحدى مراحل النمو ويحدث ذلك قبل سن ١٨ بحيث يصبح الفرق بينه وبين الطفل الطبيعي هو فرق في الدرجة وليس في النوع لذلك لا يوجد علاقة بين الإعاقة الفكرية والمرض العقلي حيث أن الشخص المريض عقليا يكون عادى الذكاء وقد يكون عبقريا وليس ذكيا فقط.

ومما سبق يمكننا القول أن مشكله الإعاقة الفكرية هى مشكله نمو، حيث نلاحظ أن النمو العقلي يحدث بالتدريج بعد الميلاد كما ينمو الجسم، أي أن الطفل ينمو من الناحية الجسمية كما ينمو من الناحية العقلية ومثال ذلك: يمكن أن نجد طفلا طوله متر وعمره ثلاث سنوات ونجد طفلا أخر طوله متر وعمره خمس سنوات نفس الشئ بالنسبة للنمو العقلى فقد نجد طفلا عمره ٩ سنوات ولا يزيد النمو العقلي له عن ذكاء طفلا في عمره سنوات. من ناحية أخرى يعتبر المرض العقلي Mentalillness هو عبارة عن مشكلات

في الشخصية واضطراب في السلوك ويحدث في أي مرحله من مراحل العمر أي من الطفولة إلى الرشد بينما الإعاقة الفكرية كما ذكرنا يحدث أما أثناء الحمل أو خلال مراحل النمو إلى سن ١٨ سنه، وتعود أسباب المرض العقلي إلى ما يتعرض له الفرد من التوتر والضغوط النفسية بينما هذا لا يحدث بالنسبة الإعاقة الفكرية أما بالنسبة للعلاج فقد يستجيب العلاج في تخفيف بعض الأعراض المؤدية إلى المرض العقلي وقد يحدث الشفاء لبعض الحالات، بينما في حالات الإعاقة الفكرية لا يمكن الشفاء منها.

تصنيف الإعاقة الفكرية

تتعدد وتتنوع تصنيفات الإعاقة الفكرية تبعا لتعدد وجهات نظر العلماء والمتخصصين في تعريفهم للإعاقة الفكرية ، ولذلك فقد ظهرت تصنيفات عديدة الطبية والإكلينيكية، والسلوكية الوظيفية، والتربوية، الاجتماعية. وفيما يلي عرض لأهم تصنيفات الإعاقة الفكرية

١-التصنيف حسب شدة الأعراض.
٢- التصنيف حسب الأسباب .
٣-التصنيفات السلوكية.
٤-التصنيفات التربوية.
٥-التصنيفات الطبية أو الإكلينيكية.

أولا: التصنيف حسب شدة الأعراض:

وشدة الأعراض المقصود بها نسبة الذكاء وبذلك يمكن تصنيفها كما بالجدول

م	فئة الإعاقة الفكرية	نسبة الذكاء
١-	الحالات الحديةborderline	تترواح نسبة ذكائهم من ٧٠-٧٩ درجة
٢-	فئة المورون Moron	تتراوح نسبة الذكاء ما بين ٥٠-٧٠ درجة
٣-	فئة البلهاء Imbecile	تتراوح نسبة الذكاء ما بين٢٥-٤٩ درجة
٤-	فئة المعتوهين Idiot	نسبة الذكاء أقل من ٢٥درجة

ثانيا:- تصنيفات وفقاً لأسباب الإعاقة

ويقسم هذا التصنيف الإعاقة الفكرية تبعاً لأسباب التى تؤدى إلى حدوثها وفيما يلى جدول يعرض هذا :

جدول (٢)

فئات الإعاقة الفكرية تبعاً لأسباب الإعاقة

م	فئة الإعاقة الفكرية	سبب الإعاقة الفكرية
١	إعاقة فكرية أولية Primary Intellectual Disability	وهى الحالات التى يرجع سببها إلى العوامل الوراثية
٢	إعاقة فكرية ثانوية Secondary Intellectual Disability	وهى الحالات التى يرجع سببها إلى العوامل البيئية
٣	إعاقة فكريا مختلطة Mixed Intellectual Disability	وهى الحالات التى يرجع سببها إلى العوامل الوراثية و العوامل البيئية

ثالثاً:التصنيفات السلوكية:

تعتمد التصنيفات السلوكية على أبعاد ومحاور متعددة كنسبة الذكاء (التصنيف السيكولوجي) والسلوك التكيفى (التصنيف الإجتماعى) وقد تعتمد على الجمع بينهما كما سيتضح فيما بعد، واهم تلك التصنيفات:-

(١) التصنيف حسب نسبة الذكاء (السيكولوجي):

تعتمد التقسيمات السيكولوجية على استخدام نسبة الذكاء كمعيار للمستوى الوظيفى للقدرة العقلية العامة، فمن المعروف أن الأفراد يتوزعون حسب الذكاء توزيعا اعتداليا بين الناس، وأن الفرد متوسط الذكاء يحصل على ١٠٠ درجة في إختبار ذكاء مقنن، ومن المعروف أيضا أن معظم الناس تقع نسب ذكائهم في وسط المنحنى الاعتدالي المعياري لتوزيع الذكاء، بينما تقع فئة المتخلفين عقليا على الطرف الأدنى للتوزيع (فاروق صادق: ١٩٨٢، ٨٠ - ٨١).

ويعد تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (A.P.A) (١٩٩٤) الذي ورد في الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية DSM-IV من أبرز التصنيفات والذي صنف التخلف العقلى إلى أربع فئات حسب نسبة الذكاء، ولكن بشرط أن يقترن ذلك بقصور السلوك التكيفى، وتظهر الحالة خلال فترة النمو.

١-الإعاقة الفكرية البسيطة MILD نسبة الذكاء من ٥٥ إلى ٧٠.

٢-الإعاقة الفكرية المتوسطة MODERATE نسبة الذكاء من ٤٠ إلى ٥٥.

٣-الإعاقة الفكرية الشديدة SEVERE نسبة الذكاء من ٢٥ إلى ٤٠. ٤-١ لإ عا قة الفكرية الشديدة جدا (العميقة) PROFOUND نسبة ذكاء أقل من ٢٥ (عادل عبد الله: ٢٠٠٢ - أ، ٤٠٦، ٤٠٧).

(٢) التصنيف حسب السلوك التكيفي (الاجتماعي):

يعتمد هذا التصنيف على السلوك التكيفي ومدى كفاءة الفرد في الاعتماد على نفسه، والوفاء بالمطالب والواجبات الاجتماعية، أو التكيف في الاحتياجات المادية والاجتماعية البيئة (فاروق صادق: ١٩٧٦، ٢٤ - ٢٥) فالسلوك التكيفي يشير إلى درجة الفاعلية التي يحقق بها الفرد غايته الذاتية، ويستجيب بها لمسئولياته الاجتماعية المتوقعة منه وفقا لعمره الزمني ونوع وطبيعة الجماعة التي ينتمي إليها (شاكر قنديل: ١٩٩٠، ٢٢٨).

ويصنف الإعاقة الفكرية وفقا للتصنيف الاجتماعي إلى أربع فئات على أساس درجة كل فئة في مقياس السلوك التكيفي وهى:-

- فئة الإعاقة الفكرية البسيطة: وتنحسر نسب التكيف لأفرادها ما بين ٨٤ - ٧١.
- فئة الإعاقة الفكرية المتوسطة: وتنحسر نسبة الإعاقة لأفرادها ما بين ٧٠ - ٥٨.
- فئة الإعاقة الفكرية الشديدة: وتنحسر نسبة التكيف لأفرادها ما بين ٥٧ - ٤٥.
- فئة الإعاقة الفكرية الحادة: وتصل نسبة التكيف لأفرادها ما بين ٤٤ فأقل (عادل عبد الله، ٢٠٠٢ - أ، ٤١٦).

وبالتالي يمكننا عرض لأهم فئات الإعاقة الفكرية وهى:

- الإعاقة الفكرية البسيطة Mild
- الإعاقة الفكرية المتوسطة Moderate.

- الإعاقة الفكرية الشديدة Severe .
- الإعاقة الفكرية العميقة (الشديدة جدا) Profound.

١- الإعاقة الفكرية البسيطة Mild intellectual disability:

تمثل هذه الفئة حوالي ٨٥٪ من المعاقين فكرياً، ويمكن أن تتطور اجتماعيا واتصاليا خلال أعمار ما قبل المدرسة، وهم متفاوتون إلى الحد الأدنى من المهارات الحس حركية، ويكتسبون اللغة مع بعض التأخر فيها، ويتميزون بضعف المحصول اللغوي مع وجود صعوبات في النطق وعدم وضوح المخارج (كمال مرسى: ١٩٩٦، ٣٢ - ٣٣).

ومع أن هؤلاء الأطفال يكسبون اللغة متأخرين، إلا أنهم يصبحون قادرين على استخدام الكلام أو اللغة عامة، لقضاء متطلبات حياتهم اليومية، ويصبح بإمكانهم إجراء الحوارات الدقيقة مع الآخرين، كما يمكن أن يكتسب أغلب أفراد هذه الفئة الاستقلال في رعاية الذات (عادل عبد الله: ٢٠٠٢ - أ، ٤١٠).

٢- الإعاقة الفكرية المتوسطة Moderate intellectual disability

وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد في هذه الفئة بين (٤٠ إلى أقل من ٥٥) ويعد هؤلاء الأفراد بطيئون في فهم واستخدام اللغة، ويتأخر إكتسابهم للمهارات اللازمة لرعاية الذات والمهارات الحركية. أما مهاراتهم الأكاديمية فهى محدودة جدا، ونادرا ما يحقق هؤلاء الأفراد استقلالا كاملا عندما يصلون إلى مرحلة الرشد (عادل عبد الله: ٢٠٠٢ - أ، ٤١٠).

٣- الإعاقة الفكرية الشديدة Severe intellectual disability:

نسبتهم حوالي من (٣ - ٤ ٪) من إجمالي المعاقين فكرياً، ويرجع التخلف لديهم إلى عوامل عنصرية مصحوبة في كثير من الأحيان بتشوهات خلقية، أو تلف في الحواس، أو ضعف في التآزر الحركي، وتلف واضح إكلينيكيا في نمو الجهاز العصبي المركزي (محروس الشناوى: ١٩٩٦، ٧٢). وعادة ما يتوقف النمو العقلي لأفراد هذه الفئة عند مستوى طفل في سن أقل من ثلاث سنوات، وتحتاج حالات التخلف العقلي الشديد إلى رعاية مباشرة من الآخرين مدى الحياة لان نموها العقلي لا يصل إلى المستوى الذي يمكنها من تحمل مسئولياتها نحو نفسها (كمال مرسى: ١٩٩٩، ٣١).

٤- الإعاقة الفكرية العميقة (الشديد جدا) Profound intellectual disability

وتقل نسبة ذكاء الأفراد في هذه الفئة عن (٢٥) ويكونوا غير قادرين بالمرة على فهم أو تنفيذ الأوامر أو التعليمات، ويكون أغلبهم غير قادر على التحكم في التبول والتبرز. ولا يستطيع هؤلاء الأفراد قضاء احتياجاتهم المختلفة أو العناية بذواتهم، مما يجعلهم في حاجة دائمة إلى الاهتمام والرعاية والمتابعة (عادل عبدالله: ٢٠٠٤، ٢١٢).

ب- التصنيف التربوي:

يعتمد هذا التصنيف على معدلات الذكاء وقدرة كل فئة على التحصيل والتعلم الدراسي والاحتياجات التعليمية، وما يلائم كل فئة من الفئات من برامج تعليمية أو تدريبية، ومدى إمكانية الانتقال من برنامج تربوي إلى آخر. ويتضمن هذا التصنيف ثلاث فئات وهى:

١- فئة القابلين للتعلم: Educable Mental Retardation :

وهم حالات الإعاقة الفكرية البسيطة الذين يمثلون حوالي ٢,١٤٪ من إجمالي عدد السكان، وتتراوح معدلات ذكائهم ما بين ٥٠ - ٧٠ درجة، وغالبا لا يستطيعون البدء في اكتساب مهارات القراءة والكتابة، والهجاء، والحساب قبل سن الثامنة وربما الحادية عشر، كما أنهم يتعلمون ببطء، ولا يمكن لهم تعلم المواد المقررة في سنه دراسية واحدة مثل العاديين، وعندما ينتهون يكون تحصيلهم مقاربا لمستوى يتراوح بين الصف الثالث والخامس الابتدائي، كما يتراوح عمرهم العقلي بين (٦ - ٩) سنوات، كما أن لديهم استعدادات في التعلم للمجالات المهنية التي ربما يبلغون منها حد التفوق، لذا يمكنهم ممارسة بعض الأعمال والحرف (عبد المطلب القريطى: ٢٠٠١، ٢٤٠).

٢- فئة القابلين للتدريب Trainable :

وهم يقابلون فئة الإعاقة الفكرية المتوسطة الذين تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (٤٠ - ٥٥)، والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج إلى ما يوازى طفل في التاسعة من عمرة، وبالتالي يتم تدريبه على بعض المهارات البسيطة التي تساعده على أداء تلك المهام (عادل عبد الله: ٢٠٠٢، ٤١٧).

٣- فئة غير القابلين للتعلم أو التدريب (المعتمدين) Uneducable or Untrainable:

وهم يقابلون فئتي الإعاقة الفكرية الشديدة والشديدة جدا، أو الحاد، والذين تقل نسب ذكائهم عن ٤٠ في الفئة الأولى وعن ٢٥ في الفئة الثانية، والذين يصل عمرهم العقلي عند النطق إلى ما يوازى طفل في الثالثة من عمره، ويمكن أن يستفيد الأطفال في الفئة الأولى من تدريبهم على القيام ببعض العادات المختلفة، ولكنهم مع ذلك يظلون هم وأقرانهم في الفئة الثانية في حاجة إلى رعاية خاصة (عادل عبد الله: ٢٠٠٤: ١٠٧). فالمتخلفين عقليا من الفئة الثانية (نسبة الذكاء اقل من ٢٠) يكونوا غير قادرين على التحصيل حتى في مستوى المهارات اللازمة لحاجاتهم الشخصية ويحتاجون إلى إشراف ورعاية (محمد محروس الشناوي: ١٩٩٦، ٦٦).

جدول

تصنيفات الإعاقة الفكرية

م	درجة الإعاقة الفكرية	نسبة الذكاء	قابلية التعلم والتدريب
١	إعاقة فكرية بسيطة Mild Intellectual Disability	تتراوح نسبة الذكاء ما بين ٥٠-٧٠ درجة	قابل للتعلم
٢	إعاقة فكرية متوسطة Moderate Intellectual Disability	تتراوح نسبة الذكاء ما بين٣٥-٤٩ درجة	قابل للتدريب
٣	إعاقة فكرية شديدة Severe Intellectual Disability	تتراوح نسبة الذكاء ما بين ٢٠-٣٤درجة	اعتمادي (غير قابلين للتعلم أو التدريب)
٤	إعاقة فكرية عميقة Profound Intellectual Disability	نسبة الذكاء أقل من ٢٠ درجة	

ثالثا: التصنيف وفقا للحالات الإكلينيكية (الزملات)

وذلك من خلال وصف الأعراض الجسمية المميزة والظاهرة والتي على أساسها يمكن وصف الحالات أو ضمها لمجموعه وهذا التصنيف قد شاع استخدامه في الأوساط الطبية ومن أهم الزملات المرتبطة بالإعاقة الفكرية هي :

- **متلازمة داون Down Syndrome**

هى من أكثر الأنماط الإكلينيكية شيوعاً و تنتشر بنسبة (١:٧٠٠) أي يولد طفل ذوى عرض داون كل (٧٠٠) طفل عادى و تكثر هذه الإعاقة بين أمهات الأطفال فوق الأربعين و تتميز بوجود جينات شاذة زائدة فى الكروموسوم (٢١) فى خلايا الجسم و بذلك تزيد عدد الكروموسومات إلى (٤٧) بدلا من (٤٦) فى الخلية الواحدة وينتج هذا الكروموزوم غالبا واحد من ثلاثة احتمالات

- شذوذ في انقسام خلايا البويضة قبل الحمل.
- شذوذ في انقسام الخلايا التي يتضمنها الحيوان المنوي.
قبل أن يتم الحمل.
- شذوذ في انقسام الخلايا التي تتضمنها البويضة الملقحة بعد أن يتم الحمل.

بحيث تؤدي بالطفل إلي الإعاقة الفكرية التي يتراوح مداها بين الإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة. وتكون رأس الطفل الذي لديه عرض داون صغيرة واستقامة غير طبيعية في شكل عظام الوجه و عيون مسحوبة للخارج من علي الأطراف ويوجد نقط بيضاء في شكل حلق دائري منتظم و الأنف قصيرة ومسطحة ومنبطحة و الفم يكون صغيرا ويبقي مفتوح نظرا لكبر حجم اللسان وبروزه للخارج كما تظهر تشققات في اللسان و ضعف في الأسنان، كما أن بها تشوه سواء في الشكل الخارجي الظاهر أو الجذور وهذا ينطبق علي الأسنان اللبنية أو الدائمة فهي تظهر متأخرة والأسنان اللبنية عادة صغيرة الحجم وغير منتظمة، وتظهر الأسنان الخلفية قبل الأمامية و الرقبة عريضة وقصيرة.

مع ارتخاء الجلد علي جانبي الرقبة وفي مؤخرتها بشكل ملحوظ و تبدو الذقن صغيرة و الشفتان رفيعتان وحافتان والأذنان صغيرتان و بهما تشوهات وضعف الأصابع كما يوجد فراغ بين إصبع القدم الكبير والذي بجواره وأحيانا يوجد إصبع زائد كما يكون سطح الجلد سميك و جاف و يوجد ارتخاء في كل عضلات الجسم.

٣- حالات القماءة أو القصاع Cretinism

و ينتج عن إضطرابات فى الغدة الدرقية و خاصة نقص هرمون الثيروكسين و تقع حالات القماءة فى فئة الإعاقة الفكرية المتوسطة و الحادة. و يكون الفرد قصيراً لا يتجاوز طوله (٨٠- ٩٠ سم) فى الرشد.

٤ - حالة كبر الدماغ Macrocephaly

و تعتبر من الحالات النادرة و يكبر فيها المخ و الوزن لدرجة كبيرة و تنشأ نتيجة تضخم أجزاء من المخ، يتبعها كبر حجم الجمجمة الذي قد يلاحظ منذ الميلاد، فتظهر الجمجمة مربعة أكثر منها مستديرة و لا يتبعها كبر فى الفجوات داخل المخ.

٥ - حالة صغر الدماغ Microcephaly

و ترجع هذه الحالة إلى مرض الزهري الوراثي أو إصابة الجنين فى الشهور الأولى من الحمل و يصل حجم الجمجمة إلى نصف حجم الجمجمة العادية الأمر الذي لا يسمح بنمو المخ فيظل الطفل رغم استمرار نموه متأخرا.

مما يصاحبه إعاقة فكرية.

٦- حالة إستسقاء الدماغ Hydrocephaly

يولد الطفل بدماغ كبيرة مملوءة بالسائل الشوكى مع ضمور فى أنسجة المخ نظرا لضغط هذا السائل و أحيانا ما يلجأ أطباء الجراحة إلى أجراء عملية جراحية لخفض هذا الضغط و لمن غالباً ما يصاب الطفل بإعاقة فكرية شديدة.

٧-حالات الفينيل كيتون يوريا (pku)phenyl keton uria:

هو اضطراب ايضى وراثي ينتقل كسمة متنحية وفيه يعجز الجسم عن القيام بعملية التمثيل الغذائي الطبيعية لمادة الفنيل ألانين (وهى ى مادة حمضية امينية توجد فى البروتينات كالحليب) وينتج ذلك عن قصور في الإنزيم الكبدي المعروف باسم الفنيل

ألانين هايدروكسيل وتكون النتيجة هى زيادة معدل الحامض في مجرى الدم وذلك وضع غير طبيعي مما يؤدى إلى حدوث تلفا فى الدماغ كذلك الذي يسببه التسمم وإذا لم تكتشف هذه الحالة وتعالج مبكرا فأن النتيجة هى الإعاقة العقلية.

٨- **مرض التي ساش:** Tay-Sach'Sn Disease

هو مرض وراثي ينتقل كسمة متنحية وفيه اضطراب لعملية التمثيل الغذائي للدهون فى الجسم وبالتالي فأن الطفل الذي يعانى من هذا المرض يكون لديه قصور فى الأنزيمات ونتيجة ذلك تتراكم المواد الدهنية فى الخلايا العصبية.

ويأخذ هذا المرض شكلين الأول هو الذي يظهر خلال السنتين الأوليين من عمر الطفل ويحدث فيه تدهور سريع ومن مضاعفاته هو فقدان البصر، والشلل التشنجي والموت المبكر وغالبا قبل بلوغ الطفل الأربع سنوات. أما الشكل الثاني فتظهر فيه الأعراض المرضية فى الطفولة المتوسطة أو المتأخرة ويحدث فيه إعاقة عقلية شديدة وتنتهي الحالة بالوفاة فى مرحلة المراهقة أو الشباب المبكر.

٩- **حالات الجلاكتوسيميا** Glacto cemia:

يمثل مرض وراثي يعجز فيه الجسم عن تمثيل الجلاكتوز بشكل طبيعي (و الجلاكتوز هو مادة كيماوية تنتج عن هضم الحليب) وبسبب ذلك ترتفع نسبة الجلاكتوز فى الدم والبول مما يقود أحيانا إلى حدوث الإعاقة العقلية.

بعد الاستعراض السابق للتصنيفات التي يتم استخدامها مع فئة الأفراد ذوى الإعاقة الفكرية لابد أن يقوم بعملية تصنيف هؤلاء الأفراد إلى فئات متخصص ذو خبرة فى هذا المجال حيث لابد من مراعاة الدقة الكاملة فوضع طفل فى فئة دون مستواه يعد ظلم كبير له فهذا سيحرمه من فرص التعلم والتدريب العديدة التى يمكن أن تقدم إليه وتعمل على تحسين قدراته. وأيضاً عملية وضعه فى فئة أعلى من مستواه وقدراته المتاحة تعد خطأً كبير فعندها لن يستطيع الطفل الوصول إلى التوقعات والآمال المطلوبة منه مما يسبب له ولأسرته والقائمين عليه خيبة أمل وإحباط وإهدار للجهد والمال وتأخير فى الخدمات التى لابد أن تقدم إليه.

الفصل الثاني

أسباب الإعاقة الفكرية

- العوامل المسببة للإعاقة الفكرية قبل الولادة
- العوامل المسببة للإعاقة الفكرية أثناء الولادة
- العوامل المسببة للإعاقة الفكرية بعد الولادة
- الوقاية من الإعاقة الفكرية.

الفصل الثاني

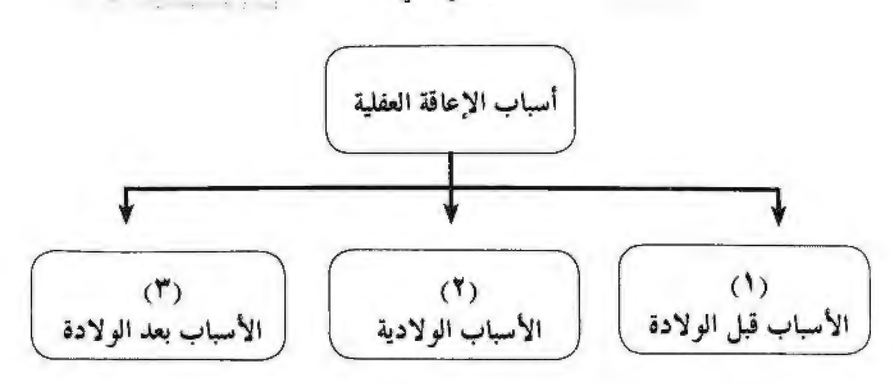
أسباب الإعاقة الفكرية

Reasons of intellectual disabilities

إن ظاهرة الإعاقة الفكرية لا تقتصر على مجموعة بشرية دون الأخرى بل هي ظاهرة عامة، كما انه تؤدى العديد من الأسباب إلى الإعاقة الفكرية، وقد قام الأطباء والعلماء المهتمون بدراسة الإعاقة الفكرية بجهود كبيرة لاكتشاف أسباب الإعاقة الفكرية، وقد تم تحديد كثير من العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة الفكرية، رغم أن هناك عوامل وأسباب كثيرة لم يتوصل الباحثون والأطباء إلى التعرف إليها، وذلك لأن دراسة الإنسان من أعقد الدراسات التي يمكن القيام بها. غير أن هذه العوامل المسببة للإعاقة العقلية سواء المعرفة يمكن تصنيفها إلى ثلاث عناوين رئيسية هي:

الوراثة (عوامل داخلية)، والبيئة (عوامل خارجية) أو تفاعل العوامل الوراثية والبيئية. وقد لوحظ أن الإعاقة العقلية الشديدة والحادة تنتشر بين الطبقات الاجتماعية المختلفة في المجتمع (الطبقة العليا والوسطى والدنيا) بصورة متساوية تقريبا في حين أن الإعاقة العقلية البسيطة تنتشر بين الطبقات الأخرى في المجتمع. هذا وقد تم إجراء الكثير من الدراسات حول تأثير عوامل سؤ التغذية الحرمان الثقافي والبيئي على ضرورة تحسين العناية بتغذية الأطفال في السنوات الأولى من العمر، وتوفير البيئات التربوية الأفضل وهذا ينعكس على قدراتهم العقلية بالاتجاه الايجابي.

وبشكل عام يمكننا تصنيف الأسباب إلى ما يلي:-



أولا: العوامل المسببة للإعاقة الفكرية (في مرحلة ما قبل الولادة)

وهي التي تحدث أثناء فترة الحمل أي منذ لحظة الإخصاب وحتى قبيل مرحلة الولادة، وتقسم تلك المجموعة من الأسباب إلى مجموعتين هما:

أ- العوامل الجينية.

ب- العوامل غير الجينية.

أ) العوامل الجينية:

١- الوراثة .

٢- الخلل في الكروموسومات.

١- الوراثة



كل خلية في جسم الإنسان عبارة عن أرشيف يحفظ الصفات الخاصة والمتوارثة من الآباء والأجداد وعبر أجيال عديدة، هذه الصفات تحملها أجسام صغيرة تسمى المورثات (الجينات)، وهذه المورثات (الجينات) موجودة على أجسام تسمى الصبغيات (الكروموسومات)، وكل خلية في جسم الإنسان تحتوي على ٤٦ صبغي (كروموسوم)، يرث الإنسان نصف هذه الكروموسومات من الأم والنصف الآخر من الأب.

التكوين الطبيعي للجنين:

عندما يلتقي الحيوان المنوي الذي يحتوي على نصف العدد من الكرموسومات (٢٣ كروموسوم) مع البويضة التي تحتوي على نصف العدد من الكرموسومات (٢٣ كروموسوم)، ليكونا النطفة zygote، فإن ذلك يعطينا خلية أولية تحتوي على مجموع تلك الكروموسومات وهو ٤٦كروموسوم، ثم يحدث انقسام متتالي لتلك الخلايا، وكل خلية تحتوي على ٤٦ كروموسوم.

ويقصد بالعوامل الوراثية بها العوامل التكوينية الأصلية الداخلية الناتجة من فعل الوراثة وارتباطها بانتقال خصائص موروثة إلى الطفل من أجداده كالضعف العقلي إما مباشرة عن طريق المورثات أو الجينات التي تحملها صبغيات أو كروموزومات الخلية التناسلية وفقاً لقوانين الوراثة، وإما عن طريق غير مباشر بأن تحمل الجينات عيوباً تكوينية أو خللاً يؤدي إلى تلف أنسجة المخ أو إلى عدم تمثيل الغذاء مما يؤثر على النمو عامة وعلى المخ بشكل خاص، كما قد تصاب الجينات بتغيرات مرضية أثناء انقسام الخلية مما يؤدي إلى ظاهرة الإعاقة الذهنية الأمر الذي يحدو بنا إلى اعتباره نتيجة لأسباب منها العوامل الوراثية المذكورة هذا كما إن الإعاقة الفكرية قد تنتقل من أب ذكي ولكنة يحمل احد الجينات المتنحية وذلك وفقاً لقوانين الوراثة، إذ أن أي كائن حي يحمل صفات وراثية سائدة وصفات متنحية، والصفات المتنحية لا تظهر في كل جيل، وذلك يفسر ظهور حالة الإعاقة الفكرية في الأسرة العادية من حيث الذكاء وكان الاعتقاد قديماً أن الوراثة هي المسئول الأول والأخير عن حالة الإعاقة الذهنية، ولكن اتضح بالدراسات العملية أن هناك أسباباً أخرى. (ثناء الضبع، ٢٠٠٥).

وتعتبر العوامل الوراثية هى المسئولة عن حوالي (٨٠٪) من حالات الإعاقات العقلية، وذلك لوجود تلف أو قصور أو خلل في خلايا المخ أو الجهاز العصبي المركزي، الأمر الذي يؤدى إلى إعاقة في الإدراك والوظائف العقلية المتعلقة بالتعلم.

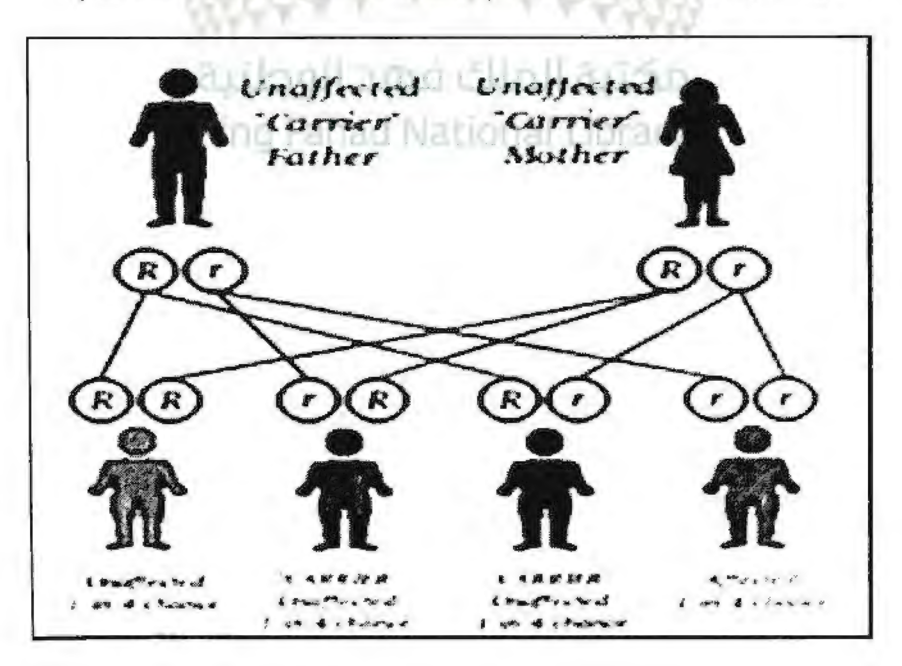
اضطرابات الجينات

إن الجينات هي جملة دقيقة من المعلومات البيوكيماوية موجودة على الكروموسومات فى الخلية بحيث يوجد في الخلية الواحدة ٤٦ كروموسوم موجودة فى ٢٣ زوج ويوجد على كل كروموسوم ما بين (٦٠-١٠٠) ألف جين مرتبة هي الأخرى فى أزواج، والسمات الجينية أما أن تكون سائدة أو تكون متنحية أو محمولة على الكروموسوم الجنسي والمقصود بالاضطراب الجيني هو التوقف عن الأداء أو إعطاء توجيهات خاطئة ويحدث ذلك بسب عوامل مختلفة ويمكن تقسيم الاضطرابات الجينية إلى:

- **الاضطرابات الجينية السائدة** (Dominant Genetic Disorders)

في الاضطرابات المورثة كسمة سائدة يكفى وجود جين مرضي لدى احد الوالدين وليس كلاهما لظهور الأعراض المرضية لدى المولود، فإذا كان احد الوالدين جينان طبيعيان ولدى الأخر جين طبيعي وجين غير طبيعي يكون احتمال ظهور السمة المرضية على المولود ٥٠ ٪.

- **الاضطرابات الجينية المتنحية** (Recessive Genetic Disorders)



لكي تظهر الأعراض على المولود في الاضطرابات الموروثة كسمة متنحية، يجب أن يكون الجين المرضي موجود لدى كلا الوالدين (ان يكونا ناقلين للمرض) والشخص الحامل للصفة المرضية يكون لديه جين طبيعي وأخر غير طبيعي ولكنه لا يعاني من المرض.

وبالتالي احتمالية إن يولد طفل مصاب في حالة إذا كان كلا الأبوين حامل للمرض هى نسبة (٢٥٪) مريض، (٢٥٪) سليم، (٥٠٪) حامل للمرض، ومعظم الاضطرابات الجينية من هذا النوع مثل الفينيل كيتون يوريا، والتى ساش.

- الاضطرابات الجينية المرتبطة بالكروموسوم الجنسي(X- Linked Genetic Disorders).

وفى هذه الحالات يكون الجين المرضي موجود على الكروموسوم الجنسي (X-Chromosome)لدى الأم التي لا تعاني هي ذاتها من المرض لان لديها زوجا من الكروموسومات الجنسية، ووجود السمة المرضية على احد الكروموسومين وعدم وجودها على الكروموسوم الأخر يجعلها تنقل المرض إلى أطفالها الذكور دون الإناث والاحتمالات هي ٢٥٪ أن يكون الذكر مصابا بالمرض، ٢٥٪ أن يكون معافى، و ٢٥٪ أن تكون الأنثى ناقلة للمرض، ٢٥٪ أن تكون طبيعية وغالبا ما تورث السمات المرضية المحمولة على الكروموسوم الجنسي كصفة متنحية.

ومن أمثلة شذوذ الجينات:

- الفينيل كيتون يوريا.
- الجلاكتوسيميا.
- متلازمة هيرلر.
- اضطرابات الغدد (القماءة الناتجة عن خلل بإفراز الغدة الدرقية).
- لتشوهات الخلقية (صغر حجم الجمجمة-الاستسقاء الدماغي).

مرض تى ساش

٢- الخلل في الكروموسومات

الكروموسومات عبارة عن مكونات الخلية وهي صغيرة جدا يحمل كلا منها مئات الجينات ويمكن ملاحظتها خلال انقسام الخلية في الإنسان. وتحتوي خلية الإنسان على (٤٦) كروموسوما مرتبة في (٢٣) زوجا وكما هو معروف فإن الكروموسومات تحمل الجينات التي تحدد الميراث البيولوجي للفرد، باستثناء رقم (٢٣) والذي يعتبر مسئولا عن تحديد جنس الجنين. وفي بعض الأحيان يحدث خلل أو اضطراب في انقسام الكروموسومات أثناء نموها وانقسام البويضة الملقحة مثل:

زيادة في عدد الكروموسومات:

عرض داون « Down »: و تحدث نتيجة لوجود كروموسوم جنسي زائد لدي الطفل عند وراثة الصفات من الأب أو الأم. . حيث يبقي زوجي كروموسومات الجنس رقم ٢١ ملتصقين لدي الأب أو الأم دون حدوث انقسام خلال عملية الانقسام المنصف للجينات أثناء تكوين البويضات لدي الأم و الحيوانات المنوية لدي الأب قبل حدوث عملية الحمل. . وبذلك يصبح عدد الجينات الوراثية لدي الطفل ٤٧ كروموسوم بزيادة كروموسوم جنسي في حين أنه يجب أن يكون عدد الجينات ٤٦ كروموسوم. .

عرض كلاينفلتر « Klinefelter »: و تحدث نتيجة لزيادة زوج أو أكثر من الكروموسومات لدي الطفل.

حالة صغر حجم الجمجمة « Microcephaly »: و تحدث نتيجة كروموسوم زائد في زوجي الكروموسومات رقم ١٣.

نقص عدد الكروموسومات:

عرض تيرنر « Turner »: و هي عكس الحالة السابقة حيث يحدث فيها نقص في كروموسوم من زوجي الكروموسومات الجنسية و يكون الناتج هنا دائما أنثي معاقة عقليا عقيمة.

وهناك عوامل مختلفة قد تؤدي إلى شذوذ الكروموسومات مثل التعرض للإشعاعات الضارة والإصابات الفيروسية الشديدة أثناء الحمل وتأثير العقاقير الطبية والمواد الكيماوية المختلفة.

مما سبق يتضح لنا أن الكروموسومات عامل مهم جدا في إصابة الجنين بالإعاقة العقلية أو في سلامته من الأمراض، حيث إن حدوث أي خلل في تركيب تلك الكروموسومات أو في انقسامها يؤدي إلى الإصابة بالإعاقة العقلية وقد وجدنا أن هنالك بعض العوامل التي تسبب حدوث ذلك الشذوذ وبذلك تستطيع أن تتجنبها الأم الحامل وذلك حفاظا على صحة جنينها من الإصابة بالأمراض المختلفة، وسوف نستعرض بعض الأعراض المرتبطة بشذوذ الكروموسومات.

- **عوامل وراثية غير مباشرة:**

وتحدث نتيجة وراثة الجنين لصفات تؤدي إلي حدوث اضطرابات، أو عيوب في تكوين المخ.. فيكون السبب هنا غير وراثي فوراثة الصفات الوراثية لم يسبب بصورة مباشرة الإعاقة الذهنية و إنما أدى إلي حدوث اضطرابات و تطورات أو خلل في التكوين لدي الجنين مما أدي إلي حدوث الإعاقة العقلية..

وفيما يلي شرح مبسط لبعض هذه الحالات التي قد ينتج عنها إعاقة فكرية.

١- **صغر حجم الجمجمة:** Microcephaly

يقصد به صغر محيط الرأس أو ميلان الجبهة، ولا يعرف سبب هذه الحالة بدقة وان اعتقد أنها قد تنتج عن اضطرابا ت جينية أو عوامل بيئية كإصابة الأم الحامل بالحصبة الألماني، وتقود هذه الحالة عادة إلى الإعاقة العقلية التي تتراوح شدتها غالبا بين شديد وشديد جدا وكثيرا ما ترتبط بعدة اضطرابات جسمية بسبب الضرر الذي يلحق بالجهاز العصبي، ومن الحالات المرضية المعروفة التي قد تسبب صغرا فى حجم الجمجمة هى متلازمة أبرت Abert syndrome وهى حالة وراثية تنتقل كسمة جينية سائدة وتكون فيها جمجمة الطفل منذ الولادة صغيرة. وقد يحدث صغر حجم الجمجمة مع نمو الدماغ بشكل طبيعي وفى بعض الحالات يتطور إلى تخلف عقلي تتراوح شدته من بسيط إلى شديد.

٢- **الجلاكتوسيميا:**galactosemia

يمثل مرض وراثي يعجز فيه الجسم عن تمثيل الجلاكتوز بشكل طبيعي (والجلاكتوز هو مادة كيماوية تنتج عن هضم الحليب) وبسبب ذلك ترتفع نسبة الجلاكتوز فى الدم والبول مما يقود أحيانا إلى حدوث الإعاقة العقلية وهذه الحالة يمكن اكتشافها مبكرا جدا بإجراء تحاليل للبول ويمكن علاجها عند الطفل من خلال إعطاء أغذية خالية من الجلاكتوز واللاكتوز (وهذا يعنى الامتناع عن إعطاء حليب الأم للطفل وإعطاءه بديلا له) قبل حدوث أي تلف فى أنسجة الجسم وإذا تحقق ذلك فأن الطفل ينمو نموا طبيعيا ومن العلامات المبكرة لهذا المرض الاصفرار.

٣- القماءة أو القزامة:Cretinism

ينتج هذا المرض عن قصور فى وظائف الغدة الدرقية (Hypothyroidism) وهو القصور الذي قد يسبب تلفا فى الجهاز العصبي المركزي، وتمثل القماءة أكثر أشكال اضطرابات الغدد الصماء ارتباطا بالإعاقة العقلية وقد يكون منشأها بيئي أو وراثي، فان كان منشأها بيئي فهو غالبا ما ينتج من نقص اليود فى الطعام وتنتج فى المناطق التي تخلو فيها التربة والماء والخضروات من اليود، وهذا النوع يمكن معالجته من خلال إضافة اليوم اليود إلى الطعام، أما النوع الثاني الذي منشأة وراثي فهو يرتبط بعوامل جينية متنحية تحد من إنتاج هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية. ومن أهم أعراض حالة القماءة و التي لم يتم معالجتها مبكرا جدا هي القزامة، والترنح وتأخر النمو العظمى، والارتخاء العضلي، وكبر حجم الرأس. ويمكن منع حدوث هذه المضاعفات الخطيرة أو التخفيف منها بالتشخيص والعلاج المبكرين لنقص نشاط الغدة الدرقية.

٤- الاستسقاء الدماغيHydrocephaly

هو ببساطة تجمع غير طبيعي أو زيادة كمية سائل الدماغ والنخاع الشوكي عادة بسبب خلل في الامتصاص ونادراً بسبب زيادة الإفراز. هذا التعريف لا ينطبق بالطبع على حالات تمدد أبطنه الدماغ بسبب ضمور الدماغ.

وهناك نقطة مهمة وهي إفراز وامتصاص سائل الدماغ . المعرف أنه يفرز يومياً من هذا السائل حوالي نصف لتر (٥٠٠مللى ليتر)ويفرز بواسطة ضفائر مشيمية توجد في جميع الأبطنة بالدماغ. ومن هناك يتدفق هذا السائل إلى أسفل باتجاه النخاع الشوكي متدفق من البطينين الجانبيين نحو البطين الثالث إلى البطين الرابع عن طريق قناة ثم يتدفق من البطين الرابع عبر ثلاث فتحات اثنتان جانبيتان وواحدة في المنتصف بالإضافة إلى قناة النخاع الشوكي. ويمر السائل بعد ذلك أسفل المنطقة العنكبوتية وهي تحيط بالمخ والنخاع الشوكي من الخارج وهنا مناطق امتصاص السائل متركزة حول أوعية السحاء العديدة، وبعد امتصاصه ينقل إلى الدورة الدموية العامة.

ومن الأسباب المعروفة لاستسقاء الدماغ هو التشوهات الولادية للعمود الفقري والأورام والتهاب الدماغ، والتهاب السحايا، ويتم علاج هذه الحالة بعد الولادة من خلال جراح

الأعصاب الذي يقوم بتصريف هذا السائل من خلال عملية القسطرة وتحويله إلى مجرى الدم أو إلى مكان آخر، أما إذا بقيت الحالة دون علاج فستقود فى معظم الحالات إلى الإعاقة العقلية ومضاعفات أخرى.

٥- مرض التي ساش: Tay-Sach'Sn Disease

هو مرض وراثي ينتقل كسمة متنحية وفيه اضطراب لعملية التمثيل الغذائي للدهون فى الجسم وبالتالي فأن الطفل الذي يعانى من هذا المرض يكون لديه قصور فى الأنزيمات ونتيجة ذلك تتراكم المواد الدهنية فى الخلايا العصبية.

ويأخذ هذا المرض شكلين الأول هو الذي يظهر خلال السنتين الأوليين من عمر الطفل ويحدث فيه تدهور سريع ومن مضاعفاته هو فقدان البصر، والشلل التشنجي والموت المبكر وغالبا قبل بلوغ الطفل الأربع سنوات. أما الشكل الثاني فتظهر فيه الأعراض المرضية فى الطفولة المتوسطة أو المتأخرة ويحدث فيه إعاقة عقلية شديدة وتنتهي الحالة بالوفاة فى مرحلة المراهقة أو الشباب المبكر.

٦- فينيل كيتون يوريا (Phenyl Keton Uria(PKU

هو اضطراب ايضي وراثي ينتقل كسمة متنحية وفيه يعجز الجسم عن القيام بعملية التمثيل الغذائي الطبيعية لمادة الفنيل ألانين (وهى ى مادة حمضية امينية توجد فى البروتينات كالحليب) وينتج ذلك عن قصور في الإنزيم الكبدى المعروف باسم الفنيل ألانين هايدروكسيليز وتكون النتيجة هى زيادة معدل الحامض في مجرى الدم وذلك وضع غير طبيعي مما يؤدى إلى حدوث تلفا فى الدماغ كذلك الذي يسببه التسمم وإذا لم تكتشف هذه الحالة وتعالج مبكرا فأن النتيجة هى الإعاقة العقلية والتي غالبا ما تكون شديدة أو شديدة جدا، ومن الأعراض العيادية لهذه الحالة المرضية الإكزيما والشعر المائل إلى الاحمرار، وصغر حجم الجمجمة وازرقاق العينين، وتميز البول برائحة خاصة، وأحيانا تحدث نوبات تشنجية ونشاط زائد واضطرابات سلوكية أخرى، والعلاج المستخدم مع هذه الحالة هو الحمية الغذائية (اى تغير غذاء الطفل) واستخدام أغذية خالية من الفنيل ألانين خلال السنوات المدرسة وذلك لتجنب حدوث الإعاقة العقلية.

ب . العوامـل غيـر الجينيــة

١- الأشعــة Radiation:

حيث يؤدى تعرض الأم الحامل للأشعة وخصوصا الأشعة السينية كما هو معروف تؤثر تأثيرا سلبيا على نمو الجنين وخاصة في الأشهر الأولى من الحمل، وقد تم اكتشاف ذلك عندما تم علاج النساء الحوامل المصابات بمرض سرطان الرحم وذلك في الثلاثينات من القرن الماضي حين ظهر الكثير من التشوهات الخلقية وذلك نتيجة للحرب العالمة الثانية، وللحرب بشكل عام، وقد ظهر ذلك واضحا في هيروشيما ونجازاكي في اليابان بعد أن ألقت أميركا قنبلتين نوويتين على تلك المناطق حيث انتشر في تلك المناطق التشوهات الخلقية بالإضافة إلى كبر وصغر حجم الجمجمة وأمراض السرطان وغيرها من الإمراض التي انتشرت بشك ملفت للنظر، وظهر أيضا في المناطق القريبة من تشير نوبل المفاعل النووي الروسي عندما ظهرت فيه انفجارات أدت إلى تسرب بعض الإشعاعات من هذا المفاعل النووي.

٢. الحصبة الألمانية (Rubella):

تعتبر الحصبة الألمانية من الإمراض المسببة بشك واضح للإعاقة ومن أخطر الأمراض التي تصاب بها الأنثى أثناء فترة الحمل. وقد تم اكتشاف هذا المرض من قبل الطبيب Mcalistar في عام ١٩٤١ م حيث تكمن خطورة هذا المرض عند إصابة المرأة الحمل فيه في بداية الحمل، حيث تؤثر تأثيرا سلبيا على الجنين فى حالة اصابتة فقد أثبتت الدراسات التي بحثت علاقة هذا المرض ببعض التشوهات الخلقية التي تحصل للمولود حيث ثبت أن لهذا المرض علاقة كبيرة مع بعض التشوهات الخلقية للمولود، ومنها فقدان البصر أو السمع أو أمراض القلب وصغر وكبر حجم الجمجمة والتهاب السحايا الدماغي واستسقاء الدماغ علنا بأن جميع هذه الإعراض مرتبطة بالإعاقة العقلية عند المولود.

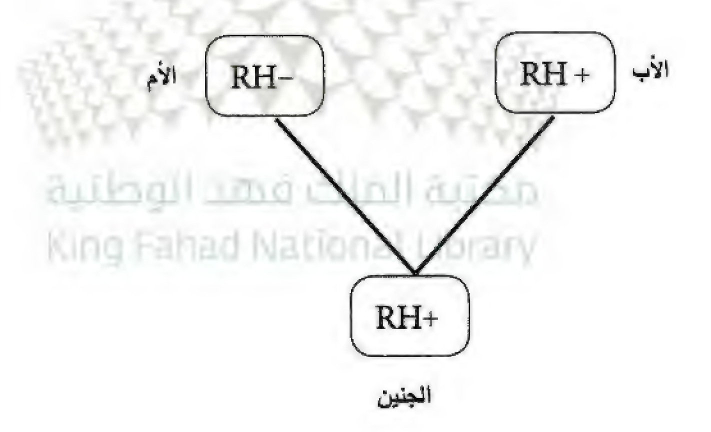
٣. الزهري الولادي: Congenital Syphilis:

يعتبر الزهري احد الأمراض التناسلية، وكان الزهرى فيما مضى سببا في وفاة عدد كبير من الأجنة، وفى حالة ولادة الأطفال الذين كانت أمهاتهم تعانى منه فإن هؤلاء الأطفال يكونون فى الغالب متخلفين عقليا، حيث ينتشر الميكروب الحلزوني المسبب لمرض

الزهرى عن طريق الاتصال الجنسي، حيث يعبر الميكروب المشيمة ويهاجم الجنين بعد الأسبوع الثامن عشر من الحمل (اى فى نهاية الشهر الرابع من الحمل على وجه التقريب) حيث يغزو الجنين أثناء نموه، لذا يجب الاهتمام بحالة الأم الصحية إثناء الحمل من أجل صحتها وصحة الجنين أيضا، وتتلخص الوقاية من المرض بالإضافة الى تجنب العلاقات الغير مشروعة، إجراء الفحوص قبل الزواج وكذلك اختبار وجود الزهري أثناء الحمل - أما علاج المرض فهو سهل باستخدام المضادات الحيوية وفى مقدمتها البنسلين.

٤. اختلاف العمل الرايزيسي Blood Incompatibility RH

وتحدث هذه الحالة بسبب اختلاف دم الأم عن دم الجنين، وربما ترجع فى الأساس إلى اختلاف دم الأم عن دم الأب فإذا كان دم الأم سالبا ودم الأب موجبا مثلا فأن الجنين سوف يحمل عامل رايزيسي الموجب حسب قانون مندل في الوراثة وهذا ما يوضحه الشكل.



اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والأب

مما يؤدى إلى مايلي:

١- تكوين أجسام مضادة.
٢- اضطراب في توزيع الأكسجين .
٣- عدم نضج خلايا الدم لدى الجنين.
٤- تدمير كرات الدم الحمراء عند الجنين .

وبسبب هذا الاختلاف بين العامل الرايزيسي للأم والجنين تتكون أجسام مضادة في دم الأم وتعمل هذه الأجسام على مهاجمة كريات الدم الحمراء عند الجنين مما يؤدي إلى تكسر دم الجنين وحدوث خلل في مهاجمة كريات الدم الحمراء عند الجنين مما يؤدي إلى تكسر دم الجنين وحدوث خلل في جهاز العصبي المركزي وهذه الحالة تحدث للطفل الثاني وليس الطفل الأول الذي يخرج سالما حتى مع اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والطفل حيث أن الأم تحتفظ بالأجسام المضادة في جسمها عند انفصال الحبل السري للوليد حيث يختلط دم الأم ودم الجنين بعد الحمل الأول. وطور الطب الحديث وتغلب على هذه المشكلة عن طريق حقن الأم بإبرة تحتوي على مادة (Gamaolobuin) بعد الولادة (٧٢) ساعة وتعمل هذه المادة على وقف إنتاج الأجسام المضادة لدى الأم.

٥. تعاطي العقاقير والأدوية أثناء الحمل Drug Ingesion

أن تعاطي الأدوية والعقاقير أثناء الحمل وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل دون استشارة طبيب لها تأثير سلبي على صحة الجنين وعلى نموه، وأحيانا على الأم الحامل وهذا يؤدي إلى تشوهات خلقية متعددة كنقص في أحد الأعضاء أو حالات إعاقة متعددة، أو القصور العقلي والدليل على ذلك ما جرى في الستينات من هذا القرن عندما تم تناول عقار يسمى Thalidomide حيث دلت الواقع على أن حوالي ٣،٦٠٠ طفل أصيبوا آنذاك بتشوهات خلقية.

٦. الإدمان على تناول الكحول(Alcohols)

تدل الدراسات على أن تناول الأم الكحول أثناء الحمل يؤدي إلى حدوث أضرار كثيرة على صحة الإنسان، وتتجمع هذه الأضرار في صورة ضمور خلايا المخ والتهاب الأعصاب، وقد يحدث هذا نتيجة لعدة أسباب مرضية تسببها الكحوليات بالإضافة إلى تأثيرها المباشر على الخلايا، وتؤدى الكحوليات إلى ضمور خلايا المعدة، وهذا يسبب عسر الهضم، وإيقاف إفراز العصارات الهاضمة، مما يتسبب عنه سوء الامتصاص مع نقص شديد فى الاحتياجات الغذائية للتمثيل، وهذا يؤدى إلى ضمور خلايا الجهاز العصبي، والى تلف في خلايا الكبد، وتصلب الشرايين مع إتلاف مباشر لخلايا المخ والجهاز العصبي، وتلاحظ صغر الرأس عند الولادة و بعض الإعاقات الأخرى والتشوهات الخلقية عند الجنين خاصة كبر أو صغر الجمجمة وتشوهات في الأطراف والوجه.

٧. الإمراض المزمنة عند الأم والولادة المبكرة:

تعتبر الأمراض المزمنة عند الأم مثل ضغط الدم، والسكري ومرض الكلى من العوامل التي تؤدي إلى وجود تشوهات خلقية عند الجنين وبالتالي إلى الإعاقة العقلية أو عدم اكتمال نمو الجنين عند الولادة المبكرة مما يؤدي إلى وضعه داخل الحاضنات حيث يكون الطفل أكثر عرضة للأمراض لكونه اقل مقاومة لها.

٨. المواد السمة Toxins:

من الثابت أن كثيرا من المواد والمعادن الثقيلة مثل الرصاص والزئبق تؤدي إلى تسمم الأطفال عند استنشاق تلك الماد ودخولها إلى الرئتين، وكذالك عن طريق الاحتكاك بالجلد الناعم عند الطفل حيث تصل تلك المواد إلى نسيج الجهاز العصبي المركزي الذي يمتص هذه المادة السامة، وبذلك يؤدي إلى مشكلات جسمية متنوعة كما أن المهارات اللفظية ومهارات الانتباه أكثر قابلية للتأثر بآثار الرصاص السامة. كما أنه قد يتعرض الطفل للتسمم بالرصاص عند شربه لماء الأنابيب التي يتم لحمها بالرصاص، أو عن طريق الرصاص الذي يوجد في طلاء المواد اللاصقة. وقد يتعرض الأطفال للتسمم بالرصاص عن طريق استنشاق غاز أول أكسيد الكربون CO الذي تخرجه عوادم السيارات والآلات التي تدير المصانع.

٩. سوء التغذية:

تعتبر التغذية مهمة للام للنمو في كافة المراحل، وتعتبر مهمة للام الحامل في جميع مراحل حياتها، حيث يجب أن يشتمل غذاء الأم الحامل على العناصر اللازمة لها ولصحتها، وكذلك لتطور نمو الجنين، فإصابة الأم الحامل بالأنيميا يمكن أن يحرم الجنين من التغذية اللازمة لنموه نموا سليما، حيث أن عدم توازن المواد الغذائية الكيماوية المختلفة والفيتامينات قد يتسبب في تلف دائم للجنين ينتج عنه إعاقة فكرية.

إن سوء التغذية لا شك أنها تؤثر تأثيرا سلبيا وواضحا على صحة الأطفال وتشير أغلب الدراسات إلى أن هناك ارتباطا ايجابيا وعاليا بين البيئات الفقيرة والإعاقة الفكرية.

ثانيا: العوامل المسببة للإعاقة الفكرية (في مرحلة أثناء الولادة):

وهي تلك الأسباب التي تحدث أثناء الولادة ومنها:

١- نقص الأكسجين أثناء مرحلة الولادة.

٢- الالتهابات الفيروسية والميكروبية .

٣- الصدمات الجسدية.

٤- الولادة المبكرة

٥- الولادة العسرة

١- نقص الأكسجين أثناء مرحلة الولادة.

يعتبر نقص الأكسجين أثناء للام الحامل والجنين أثناء الولادة من أهم العوامل التي تؤدى إلى أشكال متعددة من الحالات الغير المرغوب فيها، سواء كان ذلك للام نفسها أو للجنين حيث قد يؤدى ذلك إلى إحداث تلف في الخلايا الدماغية حيث لا يقوم الدماغ بعملة إلا بعد تزويده بكميات كافية من الأكسجين في حالة نقصه، وقد تتعدد الأسباب الكامنة وراء نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة لدى الجنين ومنها تسمم الجنين Toxemia أو انفصال المشيمة أو طول عملية الولادة أو عسرها أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط عملية الولادة مثل هرمون اوكسيتوسين Oxytocin ومنها التفاف الحبل السري حول رقبة الجنين، وهكذا يؤدى نقص الأكسجين إلى تلف في الخلايا الدماغية.

٢- الالتهابات الفيروسية والميكروبية:

قد يصاب المولود بإصابات ميكروبية أو فيروسية خطيرة أثناء الولادة حيث تنتقل هذه الميكروبات أو الفيروسات عبر السائل الامينوسي المحيط بالجنين أو من قناة الولادة الملوثة بالميكروبات إذا لم تتخذ الإجراءات الوقائية لمنع الإصابات الميكروبية أو الفيروسية، وتشتمل هذه الإصابات تسمم الدم والتهاب سحايا المخ.

الالتهابات (inflammation):

ومن تلك الالتهابات:

- التهابات السحايا. حيث تعتبر إصابة الجنين بهذا المرض سبباً هاماً من أسباب حدوث حالات الإعاقة ومنها العقلية أو الوفاة.

- التهاب الدماغ حيث يعتبر إصابة الجنين بهذا المرض سبباً هاماً من أسباب حدوث حالات الإعاقة ومنها الإعاقة الفكرية.
- التهابات أخرى ناتجة بسبب سوء تغذية المادة الدماغية البيضاء (الحفل الأبيض)، أو بسبب الاضطرابات الفيروسية الأخرى.

٣- الصدمات الجسدية. Physical Trauma

قد تحدث أثناء الولادة بعض التعقيدات والتي تؤدى إلى حدوث جروح في دماغ الطفل، أو إلى نزيف داخلي، حيث يمكن أن يحدث هذا أثناء المخاض، نتيجة لوضع الجنين أو الأدوات المستخدمة في الولادة، وقد يؤدى التلف إلى التخلف الشديد والشلل والتشنجات، أو الشلل المخي ومشكلات في الإدراك ونشاط حركي زائد.

الأطفال المبتسرون Prematurity



الأطفال المبتسرين أو الخدج، حيث يطلق لفظ الخداج دليل على الحمل الذي تقل مدتة عن (٣٧) أسبوعا ويعتبر بعضهم انخفاض وزن الطفل عند الولادة عن ٢,٥ كجم حالة خداج أو طفل مبتسر (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية والتأهيل.

و الأطفال المبتسرين أو الخدج منخفضوا الوزن عند الولادة أكثر عرضة من غيرهم لمعاناة نقص الأكسجين أثناء الولادة مما يؤدى إلى إعاقة فكرية وبعض الإعاقات الأخرى ومن أكثر المشكلات التى يعانى منها الأطفال المبتسرون نتيجة الولادة المبكرة هى:

- تكون غشاء زجاجي رئوي.
- وجود ارتباط بين الولادة المبكرة والشلل الدماغي للأطفال.
- يعانى الأطفال المبتسرين مشكلات سلوكية ومعرفية بمعدل اكبر من أطفال الولادات الطبيعية .
- الولادة المبكرة ينتج عنها إعاقة فكرية .

٤- الولادة العسرة:

يقصد بالولادة العسرة الحالات التى توجد فيها موانع وأسباب تحول دون مرور الجنين بطريق الميلاد الطبيعي، وفى هذه الحالات يلجأ طبيب النساء والتوليد إلى إخراج الجنين عن طريق فتح البطن بعملية جراحية تسمى بالولادة القيصرية، وشق جدار الرحم.

وقد تتم الولادة بشكل طبيعي مع استخدام بعض الآلات التي قد تشكل خطرا على الجنين والتي من بينها ما يلي:

- الولادة بالملقاط (الجفت) Forceps Delivery
- الولادة بآله الشفط Ventouse delivery

وقد تعرض هذه الآلات الساحبة الطفل أثناء الولادة لضغط زائد على الجمجمة أو رضوض مما قد يسبب حدوث تلف في القشرة الدماغية للجنين أو للجهاز العصبي المركزي، مما قد يسبب حدوث تلف في القشرة الدماغية للجنين أو للجهاز العصبي المركزي، ويترتب على ذلك حدوث شكل ما من أشكال الإعاقة كالإعاقة الفكرية أو الشلل الدماغي وغيرها من الإعاقات ويعتمد ذلك على درجة التلف الذي أحدثته تلك الآلات للمراكز العصبية ونوعها غير أن هذه الآلات تعد آمنه إذا استخدمها طبيب ماهر وخبير فى استخدامها.

ثالثا: العوامل المسببة للإعاقة الفكرية (في مرحلة بعد الولادة)

وهي الأسباب التي تحدث بعد عملية الولادة وتعتبر هذه الأسباب مسئولة عن معظم حالات الإعاقة العقلية البسيطة ومن أهم هذه الأسباب مايلي:

١-سوء التغذية. ٢- الأمراض والالتهابات.

٣ - الحوادث والصدمات. ٤- العقاقير و الأدوية.

١- سوء التغذية Malnutrition:

يقصد بسوء التغذية عدم تزود الجسم بعناصر غذائية متكاملة على مدى طويل نسبيا ولا يقصد بسوء التغذية المجاعة بالضرورة فبعض الناس لديهم سوء تغذية على الرغم من تناولهم كميات كبيرة من الطعام ويؤثر سوء التغذية على نمو الجهاز العصبي المركزي، ويعتقد على نطاق واسع انه سبب من الأسباب الهامة للإعاقة إذا أصيبت به الأمهات الحوامل أو الأطفال الصغار فى السن مما يقود إلى الإعاقة العقلية، ويعد الفقر الذي تعاني منه الأسر ذوات الأوضاع الاقتصادية | الاجتماعية المتدنية احد أهم أسباب سوء التغذية، ونتائج ذلك على مستوى المجتمع واضحة فالحاجة إجراءات وقائية فاعلة.

وتعتبر سوء التغذية وخاصة في المناطق الفقيرة سبباً رئيسياً من أسباب حالات الإعاقة العقلية البسيطة في مرحلة ما بعد الولادة، ومن هنا كان من الضروري أن يتضمن غذاء الطفل بعد عملية الولادة على المواد الرئيسية اللازمة لنمو الجسم كالمواد البروتينية والكربوهيدراتية والأملاح والفيتامينات خاصة فيتامينات: (A)، و (B٦)، (B١٢)، (D).

٢- الأمراض والالتهابات:

تعتبر الأمراض والالتهابات التي يتعرض لها الأطفال في سنوات حياتهم الأولى سبباً مباشراً من أسباب حدوث حالات الإعاقة الفكرية.

حيث تشهد مرحلة الطفولة مجموعة من الأمراض التي يكون لها أثار بالغة على حياة الطفل فيما بعد ومن هذه الأمراض الحصبة، والجدري والتيفود وحمى النكاف، والحمى القرمزية والتهاب الأذن الوسطى والحمى الشوكية، و الدرن الرئوي، والتيتانوس والسعال الديكى، وشلل الأطفال، والنزلات المعوية وغيرها وقد كانت هذه الأمراض سببا في ارتفاع معدلات الوفيات الأطفال خاصة في الدول النامية، غير انه نتيجة التقدم الطبي الذي شهده القرن العشرين أمكن التوصل إلى مجموعة كبيرة من اللقاحات والأمصال التي تستخدم لتحصين الأطفال ضد هذه الأمراض.

٣- الحوادث والصدمات:

يتعامل الإنسان في حياته تعاملا مباشرا مع بيئته، تلك التي تشتمل على كثير من الظروف التي تتطور في بعض الأحيان في صورة حوادث قد تترك أثارها على مستقبل الفرد بدنيا وفكريا وهناك أنواع متنوعة من الحوادث منها حوادث المرور، حوادث المنازل، وحوادث العمل، والكوارث الطبيعية: كالزلازل، والفيضانات والعواصف، أو بعض الكوارث التي من صنع الإنسان كالحروب والثورات والجريمة الفردية والجرائم الجماعية وأحداث العنف والشغب.

٤- العقاقير و الأدوية:

العقاقير والأدوية والمشروبات الكحولية سبباً رئيسياً من أسباب الإصابة بالإعاقة الفكرية أو غيرها من الإعاقات.

وتذكر المراجع العلمية، والنشرات الإعلامية قائمة بتلك العقاقير والأدوية ومنها:

- المنومات والمهدئات، وتبدو أثارها في اضطراب القدرات العقلية، وحوادث السير، والاضطرابات العصبية... الخ.
- الأفيون والهيروين، وتبدو أثارها في الاضطرابات العقلية والعصبية، والتهاب الكبد الفيروسي ومتلازمة نقص المناعة (الايدز) والتهاب السحايا... الخ.
- التدخين، ويبدو أثاره في أمراض الجهاز التنفسي، والسرطان، وارتفاع في ضغط الدم. واضطرابات الجهاز الهضمي، والاضطرابات العصبية.

الوقاية من الإعاقة الفكرية

لقد أدرك الإنسان منذ مئات السنين أهمية الوقاية، حيث قيل في الأمثال « درهم وقاية خير من قنطار علاج» ولقد استقطبت الوقاية من الإعاقة العقلية العالم أجمع، في الآونة الأخيرة، وبرزت كأحد المسائل التي تتطلب المواجهة الفعالة وتركيز الجهود، حيث تقدر نسبة انتشار الإعاقة العقلية بين سكان العالم أجمع ما بين (٢-٣٪) من المعروف أن الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية لا تشكل إلا (٢٥٪)، بينما (٧٥٪) من الأسباب لازالت مجهولة، ومهما يكن فان التعرف على هذه الأسباب ساعد المتخصصين في التقليل من نسبة انتشار الإعاقة العقلية، ورسم طرق الوقاية والعلاج المناسبة.

إن تنفيذ البرامج الفعالة للوقاية من الإعاقة الفكرية، تعتمد على مدى معرفتنا وتفهمنا للعوامل المسببة للإعاقة الفكرية، وكيفية حدوثها والآثار النفسية المترتبة عليها، وتتطلب جهودا وطنية واسعة النطاق يشارك في بذلها كل من الفرد والأسرة والمجتمع، وعلى هذا الأساس يمكننا تخطيط البرامج الوقائية الفعالة بأساليب علمية، وفي التوقيت المناسب.

ولعل أفضل طرق الوقاية من الإعاقة الفكرية، هو منعها من الحدوث، حيث أن أكثر حالات الإعاقة الفكرية، تحدث نتيجة حدوث تلف في الجهاز العصبي المركزي (Nervous System Central)، والتي بدورها تحدث تلفا في الدماغ في مرحلة قبل الولادة (Prenatal). فإذا هيأنا الفرصة لكل طفل أن يولد بطريقة سليمة، وفي ظروف ولادية مناسبة في المستشفى، وتحت أشراف طبي مختص، فأنة بمشيئة الله سوف يمنع احتمالية تعرض الطفل للصدمات، وتجنب الولادة العسرة، وعدم تعرض الجنين للاختناق، وتوفير الظروف الحياتية المناسبة الأم والطفل، من حيث التغذية الجيدة أثناء الحمل، والفحوصات الدورية للوقاية من الأمراض كارتفاع ضغط الدم والتسمم الولادي، وعليه فإن إمكانية الوقاية من الإصابة بالإعاقة الفكرية تكون كبيرة بإذن الله.

وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO)، مصطلح الوقاية من الإعاقة بأنها «مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية والحد من الآثار المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرص للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثير مع بيئية بأقل درجة ممكنة وتوفير الفرصة له لأن يحيا حياة أقرب ما تكون لفئة العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي».

وبناء على التعريف السابق يمكن تعريف الوقاية من الإعاقة الفكرية بأنها « مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى التصدي لجميع الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الإعاقة الفكرية، والتخفيف من آثارها إذا وقعت ».

أ- الوقاية الأولية (Primary Prevention):

تتمثل الوقاية الأولية في الإجراءات الممكن اتخاذها، والتي تحول دون حدوث الأسباب المؤدية للإعاقة الفكرية، سواء قبل فترة الحمل أو أثنائها لرعاية الجنين وضمان سلامة نموه الجسمي والعقلي بشكل طبيعي.

وتشمل الإجراءات الأولية للوقاية من الإعاقة الفكرية التالي:

١. الفحص الطبي قبل الزواج وخاصة من أفراد الأسر التي ظهرت فيها حالات من الإعاقة العقلية، أو ثبت عن طريق الفحص الكروموسومي أو غيره من الفحوصات الطبية.

٢. الاهتمام ببرامج تنظيم الأسرة وخاصة ما يهدف منها إلى خدمة الأسر التي تعاني من أمراض وراثية مؤدية إلى الإعاقة العقلية.

٣. وقاية الأطفال من الإصابة ببعض الحميات التي تصيب المخ والجهاز العصبي المركزي مثل الالتهاب السحائي.

٤. وقاية الأطفال أثناء الولادة وبعدها من إصابات الجمجمة والمخ.

٥. تخطيط برامج للتوعية بمشكلة الإعاقة الفكرية وأسبابها وأعراضها للشباب والآباء والأمهات، باستخدام وسائل الأعلام، وكذلك إدخال دراسة هذه المشكلة في برامج إعداد المعلمين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والأطباء، والتأكيد على البرامج الوقائية وأهمية الكشف المبكر.

٦. . توعية الأمهات بالإجراءات الوقائية، ضد إصابات الأطفال بحالات التسمم، وخاصة مركبات الرصاص التي تستخدم أحيانا في دهان لعب الأطفال.

٧. وقاية الأطفال من حوادث السقوط على الرأس من الدرج والنوافذ. وغيرها من الأماكن المرتفعة.

٨. يجب أن تأخذ البرامج الوقائية في اعتبارها أن الظروف الاقتصادية والاجتماعية والفقر والجهل ونقص التغذية، في البيئة التي يعيش فيها الطفل في السنوات الأولى

من عمره هذه جميعا مسؤولية إلى حد كبير عن نسبة عالية من المعاقين فكرياً، لذا ينبغي العمل على رفع مستوى المعيشة والظروف الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية والصحية، التي يعيش فيها الطفل في السنوات الأولى من عمره.

٩. الاهتمام بتشجيع البحوث في كافة ميادين الإعاقة الفكرية، والاتصال بالهيئات العلمية الدولية التي تعمل في تلك الميادين والاستفادة من بحوثها.

ب - الوقاية الثانوية Secondary Prevention

ويتمثل هذا النوع من الوقاية فى تلك الجهود و الإجراءات التي تبذل وتتخذ فى سبيل تغيير وتحسين الظروف البيئية التى لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالإعاقة الفكرية، و التى يمكن لها أن تؤدى إلى حدوث تلك الإعاقة. وهو الأمر الذى يمكن أن يقلل بدرجة كبيرة من احتمال أن تلعب ظروف البيئة دورا فى حدوث الإعاقة هذا إلى جانب تقديم الرعاية المطلوبة لأطفال الأسر الفقيرة ثقافيا واجتماعيا وذلك منذ سن مبكرة فى حياتهم، وتوفير السبل التى يمكن أن تسهم فى أن يتطور نموهم العقلي المعرفي ويستمر في مساراته الطبيعية الصحيحة.

ج- الرعاية الثلاثية Tertiary Prevention

ويتمثل هذا المستوى من الرعاية فى تلك الجهود التى تبذل والإجراءات التي تتخذ فى سبيل رعاية المتخلفين عقليا، وتعليمهم، وتأهيلهم، وتشغليهم فى أعمال مفيدة لهم، وتعود بالنفع والفائدة على مجتمعاتهم، وفى هذا الصدد تم تحديد وتخصيص ٥٪ من الوظائف لأولئك الأفراد ذوى الإعاقات.

برامج الوقاية من الإعاقة الفكرية:

i. برنامج الإرشاد الجيني: وهو برنامج يساعد الوالدين الذين يستعدون للزواج، أو الأسر التى لديها طفل معوق بإعطائهم المعلومات حول الصفات السائدة والمتنحية والعوامل الوراثية واختلاف العامل الرايزيسي بين الأم وابنها وهو برنامج توعوى.

ii. برنامج العناية الطبية أثناء الحمل: وهو برنامج لتوعية الأمهات الحوامل بالنسبة للتغذية المناسبة والأمراض المعدية والعناية الطبية وتجنب الأدوية والأشعة والمخدرات والراحة النفسية.

iii. برنامج توعية الأمهات حول أهمية الولادة في المستشفى:من أسباب الإعاقة الفكرية الولادة فى المنزل بسبب قلة التجهيزات الطبية فى المنزل وقلة النظافة وعدم القدرة على تفادى الاختناق وغيرها.

iv. برنامج توعية الوالدين حول أهمية التشخيص المبكر: يجب توعية الأمهات حول المظاهر غير المطمئنة لدى الطفل منذ ولادته، وان اكتشاف مثل هذه الإعاقات مبكرا يساعد فى تقليلها أو إنقاذها مثل (اضطرابات التمثيل الغذائي)

الفصل الثالث

أساليب قياس وتشخيص المعاقين فكرياً القابلين للتدريب

- أولا: الأدوات الغير رسمية فى التشخيص .
- ثانيا: الأدوات الرسمية فى التشخيص.
- ثالثاً: التشخيص التكاملي .
  - التشخيص الطبي.
  - التشخيص السيكومتري.
  - التشخيص الاجتماعي.
  - التشخيص التربوي.
  - التشخيص الفارقي.

الفصل الثالث

أساليب تقييم وتشخيص المعاقين فكريا القابلين للتدريب

أدوات تشخيص الأفراد ذوى الإعاقة الفكرية Diagnosis Tools

يوجد عدد من الأدوات يستخدمها الباحث لمعرفة إذا كان الطفل لديه إعاقة فكرية أم لا. و تنقسم الأدوات إلى أدوات أو اختبارات رسمية و أدوات واختبارات غير رسمية و فيما يلى عرض لهذه الأدوات.

أولا:- الأدوات الغير رسمية

وتعتمد هذه الطريقة على عدد من الوسائل والأدوات التي نستخدمها فى جمع المعلومات عن الطفل و تعتبر المفتاح أو البوابة التي من خلالها نستشف أن هذا الفرد لديه إعاقة فكرياً أو لا ولكنها غير رسمية من حيث أننا من خلالها نستطيع وضع الطفل رسميا ضمن هذه الفئة حيث يتطلب الأمر أجراء رسمي للقيام بهذا القرار و لكن تمكن أهمية الأدوات الغير رسمية فى أنها ناقوس إنذار و مقدمة تمهيدية لعمل اختبارات وقياسات تشخيصية متكاملة عن الحالة وهناك عدد كبير من هذه الأدوات يمكن إجمالها فى الملاحظة، دراسة الحالة، و المقابلة، السجل المجمع، التقارير المدرسية.

ثانيا:- الأدوات الرسمية

وهى الادوات التي تستخدم من قبل المتخصصين فى عدة مجالات سواء كان طبي أو نفسي أو اجتماعي واو ما نسميه بالفريق متعدد التخصصات، حيث يعتبر الإتجاه التكاملي فى تشخيص الإعاقة الفكرية من الاتجاهات المقبولة حديثا فى أوساط التربية الخاصة، إذ يجمع ذلك الاتجاه بين الخصائص الأربعة الرئيسية و هى التشخيص الطبي، السيكومترى، الإجتماعى، التربوي. و يتفق الباحثين على ضرورة التقييم الشامل، أو متعدد المحكات فى تحديد الإعاقة الفكرية .

الفريق متعدد التخصصات Multidisciplinary team:

لما كانت حاجات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة متنوعة، فإنه من المتعذر على أي اختصاصي بعينه أن يعمل على تلبيتها بشكل متكامل، بوجه عام كلما ازدادت شدة الإعاقة صارت الحاجة على العمل الفريقي أكبر، وعليه فإن أحد أهم المبادئ إلى التربية الخاصة والتأهيل، هو العمل بروح الفريق المتعدد التخصصات.

إن العمل الفريقي الذي يسهم كل عضو فيه بخبراته من شأنه أن يجعل الخدمات المقدمة أفضل، وفي بعض الدول فإن القوانين تنص على ضرورة قيام فريق متعدد التخصصات بوضع البرامج التربوية والتأهيلية الفردية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

وبغض النظر عن التسميات التي تطلق على نماذج العمل الفريقي في التربية الخاصة والتأهيل فالمقصود هو قيام مجموعة من الاختصاصيين يمثل كل منهم تخصصًا مختلفًا ذا علاقة بنمو الأفراد المعوقين وتعليمهم بالإضافة إلى أولياء الأمور والفرد المعاق فكرياً- نفسه إذا كانت ظروفه تسمح بذلك - بالعمل معًا لاتخاذ القرارات المناسبة حول طبيعة الخدمات اللازمة وآلية تقديمها، وغالبًا ما يشارك في عضوية فريق العمل في التربية الخاصة والتأهيل والتشخيص والتقييم والاختصاصيون في مجالات التربية الخاصة (special education)، والعلاج الطبيعي (physical therapy)، العلاج (counseling) والعلاج الترويحي، والتدخل المبكر (early intervention)، والتأهيل (rehabilitation)، والخدمة الاجتماعية (social services)، وطبيب الأطفال والأعصاب (pediatric)، ومعلم الصف العادي (regular classroom teacher)، وأي فرد يعتقد بأنه يمكن الاستفادة منه. (نايف الزارع، ٢٠٠٦).

١- **طبيب الأطفال:** يفحص حالة الطفل الجسمية سواء ما يتصل بالجهاز العصبي أو الحواس أو الصحة العامة أو الحركة لمساعدته بتقديم ما يلزمه من علاج طبي.

٢- **أخصائي اجتماعي:** يقوم بتقديم تقرير عن البيئة التي عاش فيها الطفل والخبرات الثقافية التي مر بها وتاريخ الحالة التي أصيب بها أو التي أصيبت بها أمه أثناء الحمل، وتسلسل مظاهر النمو التي مرت بها الحالة.

٣- **أخصائي نفسي:** يقدم تقريراً عن مستوى قدرات الطفل ومهاراته وحالته الانفعالية ويعطي بصفة عامة صورة متكاملة لوضع الطفل عن طريق الاختبارات النفسية وملاحظاته وخبراته الخاصة.

٤- **معلم التربية الخاصة:** يفحص المهارات المختلفة للطفل من خلال ملاحظاته ثم من خلال تشخيصه تربوياً ليخطط نوع الخدمات التربوية التي يحتاجها الطفل و التي يستطيع أن ينتفع بها فى حدود البيانات التي حصل عليها من تقارير الطبيب و الأخصائي النفسي و الإجتماعى ونتائج التشخيص التربوي .

٥- **أخصائي التأهيل:** ويكون عمله فى متقدمة ابتداء من السادسة عشرة أو الرابعة عشرة ، وهو السن الذي يستحسن أن يبدأ فيه التأهيل المهني وذلك كي يقترح أنواع الخبرات التي ينبغي أن يمر بها الفرد كي يؤهل لحرفة معينة في ضوء ما لديه من قدرات ومهارات وسمات انفعالية (عبدا لرحمن محمد الخوجا ، ٢٠٠١).

التشخيص التكاملي للإعاقة الفكرية.

ويشير بعض الباحثين إلى أن هناك توجهين رئيسيين في مجال تشخيص الإعاقة الفكرية هما:

(أ) التشخيص في ضوء وحدة كيان المرض:

وفيه يهتم الأطباء النفسيون بتشخيص التخلف العقلي في بداية الأمر على أساس العلاقة بين العوامل الفطرية والسلوك الظاهر ؛ فسلوك الإنسان من وجهة نظرهم تحدده عوامل فطرية وراثية بشكل مسبق وثابت ، وبحثوا عن أسباب كل سلوك متخلف واعتبروا التخلف العقلي مثل المرض الجسمي له أسباب محددة وشخصوه على أساس (وحدة كيان المرض). فالعلاقة بين العلة والمعلول – من وجهة نظرهم – علاقة قوية تجعلنا نتوقع من وجود العلة وجود المعلول ومن وجود المعلول وجود العلة.

(ب) التشخيص في ضوء عوامل متعددة (التكاملي)

حدث بعد أن تطورت الدراسات في مجالي علم النفس والطب النفسي أن رفض كثير من العلماء مبدأ التحديد المسبق لسلوك الإنسان ، ورفضوا أيضاً تطبيق (مبدأ وحدة كيان

المرض) سواءً في تشخيص التخلف العقلي أو العصاب أو الذهان، لأن سلوك الإنسان - المتفوق والعادي والمتخلف - سلوك معقد لا يحدده سبب واحد، بل تسهم في تحديده عوامل كثيرة وهذا ما جعل عالم النفس الأمريكي هوارد فرانسيس هنت Howard Francis Hunt (١٩١٨) يقرر أن السلوك الذي نصفه بالذكاء، محصله التفاعل بين المعطيات الفطرية والمكتسبة، وذهب أوزيبيل Ausubel إلى أن السلوك تحدده عوامل متعددة، ومن الخطأ تفسيره بسبب واحد.

وقد أثر هذا الاتجاه على مناهج تشخيص الاضطرابات الذهانية والعصابية والتخلف العقلي، فأخذ أخصائيو التشخيص بمبدأ مساهمة العوامل المتعددة في هذه الاضطرابات السلوكية، واستخدموا أساليب كثيرة في تحديدها، وتحديد كيف تفاعلت العوامل في نشأتها وتطورها (كمال مرسي، ١٩٩٩: ٣٨).

حيث أن التشخيص التكاملي يشتمل على:

- التشخيص الطبي.
- التشخيص السيكومترى.
- التشخيص الاجتماعي.
- التشخيص التربوي.
- التشخيص الفارقي.

ومن خلال تعريف الإعاقة الفكرية لعام ١٩٩٢ م المبنى على طريقة الأبعاد المتعددة فهذه الطريقة تسمح بوصف دقيق لذلك التغير الذي يحدث طول الوقت في استجابات الأفراد لتلك الفرص المتاحة للنمو الشخصي، والتغيرات البيئية و الأنشطة التعليمية، وكذلك التدخلات العلاجية.

- **أهداف التشخيص ذى الأبعاد المتعددة:**

١- عرض وتوضيح مفهوم الإعاقة الفكرية.

١-تجنب الاعتماد على درجات الذكاء لتحديد مستوى العجز.

٢-ربط احتياجات الفرد بمستويات الدعم الضرورية لتعزيز استقلاليته، و إنتاجيته، و تكامله و تفاعله الاجتماعي.

لذلك فأن التشخيص التكاملي للإعاقة الفكرية ينبغي ان يشتمل على ما يلي:

- مدى وجود الإعاقة الفكرية.
- الأخذ في الاعتبار الحقائق النفسية و الإنفعاليه للفرد.
- الأخذ في الاعتبار الوضع البدني والسمعي للفرد.
- الأخذ في الاعتبار عناصر بيئة الفرد الحالية (المنزل، المدرسة، العمل، النشأة الاجتماعية).
- الشكل الإطاري لجوانب الدعم المطلوبة التي تقوم على العناصر السابقة.

أولا: التشخيص الطبي:

الصحة البدنية:

يكون الوضع الصحي لمعظم الأفراد المعاقين فكريا ما بين الصحة البدنية الجيدة والمشكلات البدنية الشديدة، فالمشكلات الصحية للأفراد المتخلفين عقليا غير ملازمة ولا تختلف عن تلك الموجودة لدى الأفراد العاديين.

أن تأثير هذه المشكلات ربما يكون مختلفا بأي حال من الأحوال بسبب البيئات، والمعاناة والصعوبات التواصلية، بالإضافة إلى العوائق في نظم الرعاية الصحية، لذلك فإن عامل الصحة يمكن أن يؤثر على الأداء الوظيفي للفرد، و قياسه و احتياجاته الداعمة، كيف يكون ذلك ؟

- إن الأداء الوظيفي يمكن أن يتأثر بتلك المشكلات الصحية، والبيئية الحياتية وكذلك القصور العقلي والتكيفي في مواجهه الاضطرابات البدنية.
- القياس يمكن أن يتأثر بالوضع الصحي للفرد حيث أن مستوى اليقظة أو الحذر والحيوية، والقدرة على التواصل بالإضافة إلى التأثيرات الجانبية للعقاقير جميعها يمكن أن تؤثر على نتائج عملية القياس.
- إن احتياجات الدعم يمكن أن تتأثر بالوضع الصحي للفرد فضعف توفر الدعم الصحي ربما يقلل الفرص لدى الفرد للمشاركة الاجتماعية .

فالوصول إلى الرعاية الصحية قد يعوقه بعض الأشياء مثل حركة الفرد، التأمين الصحي غير الملائم، ضعف وجود مهنيين متميزين في مجال الرعاية الصحية.

الأسباب المرضية Etiology:

يشار إلى الأسباب المرضية على أنها تلك الأسباب التي تسبب الإعاقة الفكرية، فسبب حدوث الإعاقة الفكرية غير معروف تقريبا في ٣٠٪ من حالات الإعاقة الفكرية الشديدة، ٥٠٪ من حالات الإعاقة الفكرية البسيطة، كمان ان ٥٠٪ تقريبا من حالات الإعاقة الفكرية تحدث لعدة أسباب وليس سبب واحد. لذلك فالسبب المرضي يعتبر معقد ومتعدد العوامل وفى بعض الحالات قد يكون وراثي بين أجيال سابقة.

حيث انه من المهم تعيين وتحديد الأسباب مما يمكن فريق العمل متعدد التخصصات أن يكون لديه كم من المعلومات المحددة قدر الإمكان عن الشخص قبل التخطيط لعمليات الدعم المطلوبة.

التشخيص والفحص الطبي للمعاقين فكرياً

يشتمل هذا التشخيص على جميع البيانات الطبية الوظيفية اللازمة للاستخدام في تقييم الحالة سواء ما يتعلق منها بالطفل ذاته أم بأسرته، ومن بينها التاريخ التطوري للحالة (تاريخ الحمل وظروف فترة الحمل وأثناء عملية الولادة وما ترتب عليها من عيوب أو تشوهات أو مضاعفات، والأمراض و الحوادث والإصابات التي تعرض لها بعد الولادة وفي الطفولة المبكرة وآثارها على وظائف أعضاء الجسم ووظائف الحواس..) والحالة الصحية العامة الراهنة للطفل ومعدلات نموه الجسمي والعصبي والحسي، ومدى كفاءة أجهزته العصبية والحركية والغددية، بالإضافة إلى اضطرابات الطفل النفسية والسلوكية وأساسها العضوي والبيئي ان وجد. كما تشمل الجوانب الطبية التاريخ الصحي لأسرة الطفل ومدى انتشار الأمراض الوراثية في العائلة، و الحالة الصحية و الغذائية للأم أثناء فترة الحمل.

ومن المعروف في مجال التخلف العقلي إن الطبيب هو أول متخصص يتعامل مع الطفل ووالديه، وتشخيصه معترف به قانونا ويفيدنا في معرفة أسباب التخلف العقلي، لكنه لا يفيدنا في تحديد مستوى النمو العقلي، ولا في تحديد الاحتمالات المتوقعة للطفل في الحاضر و المستقبل، لعدة أسباب من أهمها:

(١) أنه لا يوجد معامل ارتباط جوهري بين المظاهر الجسمية و المظاهر السلوكية، فسلوك الإنسان لا يحدده عامل واحد، بل مجموعة عوامل جسمية و نفسية و اجتماعية.

(٢) أن كل المعوقين جسمياً ليسوا متخلفين عقلياً، وليس كل المتخلفين عقلياً معوقون جسمياً ؛ فالأعراض الجسمية قد تخدعنا في تشخيص التخلف العقلي، خاصة في المستويات البسيطة، التي يرجع تخلفها إلى عوامل ثقافية واجتماعية. فقد تبين أن معظم هذه الحالات لا تختلف كثيرا في نموها الجسمي عن أقرانها العاديين. (كمال مرسي، ١٩٩٩: ٤٧).

ويفيد الفحص الإشعاعي للجمجمة في كشف حالات الالتحام المبكر لعظام الجمجمة أو ما يطلق عليه تضيق القحف Croniostenosis، وحالات الاستسقاء، والتكلس داخل الجمجمة، كما يحدث في حالات داء المقوسات Toxoplasmosis والتصلب الحدبي Tuberous Sclerosis و الأورام الوعائية المخية Cerebral angiomatosis وكذلك فحص البول و الدم لاكتشاف اضطرابات التمثيل الغذائي مثل قياس نسب الفينيل آلانين في الدم و البول وحمض الهستيدين والهيموسستيين بالدم، وقياس الجلاكتوز في الدم، وقياس إفراز الغدة الدرقية. كما يمكن الآن عمل مزرعة للجينات الوراثية لمعرفة نوع الشذوذ الجيني الموجود.

ويجب قياس السمع دماغياً في حالات الاشتباه في وجود قصور سمعي، وعمل تخطيط الدماغ الكهربائي في حالة وجود صرع.

وإذا لم يكن هناك تاريخ يشير إلى عيوب مخية، ولم تكن هناك ملاحظات إكلينيكية تشير إلى مرض معين، تجري الاختبارات الآتية على الترتيب:

(١) الفحص الإشعاعي للجمجمة.

(٢) تحليل البول للكشف عن بقايا أيضية.

(٣) حمض اليوريك في الدم.

(٤) تحليل الجينات الوراثية.

وفي حالة المرضى الذين لديهم تخلف واضطراب انفعالي وسلوكي أولهم تفاعل ذاتوي دون نوبات صرعية ظاهرة إكلينيكياً، يعمل لهم تخطيط الدماغ الكهربائي، أما التحليل الخلوي للصبغيات الوراثية فيجب إجراؤه في الحالات التي لها سمات إكلينيكية مميزة مثل زملة (متلازمة) داون.

وهناك اختبارات أخرى عندما يشك الطبيب في حدوث اضطرابات الأيض أو وجود مرض عصبي اشتدادي أو حالات عامة. وهذه الاختبارات هي:

(أ) الفحص الإشعاعي للعمود الفقري و العظام الطولية للطفل.

(ب) تحاليل أيضية محددة.

(ت) الفحص المقطعي باستخدام الكومبيوتر (C.A . T.).

(ث) تحاليل للكشف على بعض الإنزيمات المعنية بالاضطراب.

ثانياً: التشخيص السيكومتري:

ويتم التشخيص السيكومترى بواسطة أخصائي القياس النفسي لقياس القدرات العقلية للطفل باستخدام المقاييس الخاصة بذلك.

قياس القدرات العقلية:

فقد اتخذ بعض العلماء معامل الذكاء كأساس لتشخيص التخلف العقلي، وقد غالى البعض منهم في الاعتماد على هذه النسبة إلى درجة أنهم سمحوا لأنفسهم بالتصنيف إلى تخلف عقلي كل من يقل معامل ذكائه عن ٧٠ حتى ولو كانت ٦٩، بينما يجتاز هذا الموقف كل من يزيد عن (٧٠)حتى ولو كان (٧١)، ومعنى ذلك أنهم يفترضون الدقة المتناهية في اختبارات الذكاء، وهذا غير صحيح بطبيعة الحال.

حيث أن اختبارات الذكاء تمثل أسلوبا واحدا فقط من عدة أساليب لعملية القياس فدرجات الاختبار لا يمكن بشكل عام قبولها بصورة كافية لتشخيص الأداء العقلي.

وحقيقة الأمر أننا لا نستطيع الاعتماد على اختبارات الذكاء اعتمادا كلياً للتعرف على حالات التخلف العقلي، بل لابد أن يستخدم معها وسائل أخري حتى يكون التشخيص دقيقا و متكاملاً. وعند استخدامنا لمقاييس الذكاء كإحدى الوسائل فلابد من اختيار الاختبارات المناسبة فليست كل الاختبارات صالحة لمن نشخصهم على أنهم متخلفون عقلياً، وليست كلها صالحة لفرد معين، حيث قد يشكو طفل ما من ضعف السمع مثلاً أو عدم القدرة على التآزر الحركي، وهذا كثير الحدوث بين هذه الفئة، والمهم أن يكون الاختبار متصفاً بالصدق والثبات والموضوعية والقدرة على التمييز، كما ينبغي أن يكون له معايير دقيقة، وأن استخدام مجموعة من مقاييس الذكاء المناسبة يؤدى إلى نتائج أكثر دقة.

ومن أهم الاختبارات التي تستخدم لقياس معامل ذكاء الأطفال المتخلفين عقلياً ما يلي:

(١) مقياس ستانفورد ـ بينيه للذكاء (الصورة الرابعة):

يعد مقياس ستانفورد -بينية للذكاء من أكثر الاختبارات شهرة وأوسعها استخداماً ويرجع تاريخ هذا المقياس إلى محاولات بينية وسيمون في فرنسا عام ١٩٠٥، ثم مراجعة تيرمان وتلاميذه في جامعة ستانفورد بكاليفورنيا وإعداده ليصلح للاستخدام في البيئة الأمريكية عام ١٩١٦، وظهرت المراجعة الثانية تحت إشراف تيرمان وميريل عام ١٩٣٧ وكانت صورتين (ل، م) امتد كل منهما إلى مدى عمري أوسع، كما أعيد تقنين المقياس على عينة أصدق تمثيلاً للمجتمع الأمريكي، ثم ظهرت المراجعة الثالثة عام ١٩٦٠ في صورة واحدة (ل ـ م). تشمل أحسن ما في الصورتين (ل)، (م) من فقرات حتى تلاحق التقدم الحضاري فضلاً عن مراجعة تصنيف الفقرات حسب مستوى صعوبتها وقدرتها على التمييز بين الأعمار المختلفة والإقلال من الفروق بين الجنسين.

أما الصورة الرابعة من مقياس ستانفورد بينيه للذكاء فقد صدرت في الولايات المتحدة عام ١٩٨٦ والتي أعدها ثورنديك وهاجن وساتلر في ضوء إستراتيجية تختار بموجبها عينة عريضة عن مدى كبير من المهام المعرفية التي تنبئ بالعامل العام للذكاء، و الآن تم تقنين الصورة الخامسة للمقياس على البيئة المصرية و هى قيد التقنين على البيئات المختلفة ليتم تطبيقها بشكل اوسع والتدريب عليها.

ويتمثل نموذج تنظيم القدرات المعرفية في الصورة الرابعة من المقياس في ثلاثة مستويات:

المستوى الأول: عامل الاستدلال العام (في المستوى الأعلى).

المستوى الثاني: تمثل في ثلاثة عوامل عريضة في مجالات أكثر تخصصاً هي: الاستدلال اللفظي، والاستدلال الكمي، والاستدلال المجرد / البصري.

ويندرج تحت هذه المجالات خمسة عشر اختباراً تخصصياً على النحو التالي:

(١) الاستدلال اللفظي / ويتضمن اختبارات: المفردات والفهم، والعلاقات اللفظية.

(٢) الاستدلال المجرد / البصري: ويندرج تحته اختبارات: تحليل النمط، والنسخ والمصفوفات وثني وقطع الورق.

(٣) أما الاستدلال الكمي: فيندرج تحته: الاختبار الكمي، وسلاسل الأعداد، وبناء المعادلة.

(٤) أما الذاكرة قصيرة المدى: فتشمل اختبارات: تذكر الجمل، إعادة الأرقام، تذكر الأشياء.

وبذلك يمكن الحصول على خمس عشرة درجة معيارية وأربع درجات معيارية عمرية للمجالات الأربعة، فضلاً عن درجة مركبة، وبذلك يمكن رسم صفحة نفسية فارقة (بروفيل) (لويس مليكة: ١٩٩٨-٢٠١).

وكان لويس مليكة (١٩٩٤) قد قام بتعريب المقياس، بقصد توفير إمكانية المقارنة الثقافية حاول فيه الاحتفاظ قدر الإمكان بمواد المقياس الأصلية التي يفترض أنها متحررة نسبياً من تأثيرات العوامل الثقافية مثل: اختبارات الاستدلال التجريدي - البصري، واختبار تذكر الخرز، وتذكر الأشياء، وإعادة الأرقام، وبعض اختبارات الاستدلال الكمي - فيما عدا ما يتعلق منها بالعملات وأسعار السلع والخدمات والأجور، وفي مجال الاستبدال اللفظي تم تغيير عدد من المفردات والأسئلة غير المألوفة ثقافياً.

ولقد أورد لويس مليكه معايير التقنين الأمريكية التي أجريت على أكثر من ٥٠٠٠ فرد تبدأ من عمر سنتين، كما أورد معاملات ثبات المقياس باستخدام أسلوب كيودر - ريتشارد سون والتي تراوحت بين ٠.٩٥، ٠.٩٩، وكانت معاملات ثبات المجالات الأربعة

تتراوح بين . . ٨٠، . . ٩٧، وبالنسبة للمقاييس الفرعية كانت معاملات الثبات تتراوح ما بين . . ٨٠ إلى أعلى من . . ٩٠ بقليل.

أما بالنسبة لصدق المقياس: فقد تم حسابه بعدة طرق منها التحليل العاملي لمكوناته فكشفت نتائج التحليلات العاملية عن تشبعات عاليه بعامل عام في كل الاختبارات مما يدعم استخدام درجة مركبة كلية، كما حسب صدق ارتباط المقياس باختبارات ذكاء أخرى منها الصورة ل ـ م ومقياس وكسلر للذكاء، كما تم تطبيقه على فئات مختلفة من المتخلفين عقلياً وذوي صعوبات التعلم والعاديين والمتفوقين عقلياً، وكانت نتائجها مدعمة لقدرة المقياس على التمييز بين الجماعات المختلفة.

أما في مصر فقد تم إعداد الجداول المعيارية طبقاً لعينه مكونة من مجموعتين: الأولى من سن سنتين و ١٥ يوم إلى ١١ شهر ـ ٢٩ سنة عددها ٢٤٠٨ فرداً من الجنسين. والثانية من ١٥ يوم، ١١ شهر، ٢٩ سنة إلى ما فوق السبعين وعددها ٦٤٤ فرداً من الجنسين وأخذت العينة من ١٨ محافظة من محافظات مصر، ومن المستويات التعليمية والمهنية المختلفة.

وأشارت النتائج المبدئية إلى أن المقياس يتسم بثبات مرتفع نسبياً عند استخدام معادلة كيودر ـ ريتشارد سون، حيث تراوحت معاملات الثبات من. . ٨٢ (التذكر الأرقام)، . . ٨٥ (للعلاقات اللفظية)، إلى. . ٩٧ (التذكر الموضوعات)، . . ٩٥ (لكل من تحليل النمط والفهم)، أما الثبات بطريقة الإعادة فقد كانت بالنسبة لأطفال ما قبل المدرسة (ن = ٣٠ طفلاً) تتراوح بين. . ٥٣ لاختبار النسخ. . ٨٦ لتذكر الجمل، إلى. . ٦٤، للاستدلال المجرد / البصري، . . ٦٦، للاستدلال الكمي. . ٨٧، للاستدلال، . . ٨٨ للذاكرة قصيرة المدى. . ٨٧ الدرجة المركبة.

أما عن صدق المقياس فقد حسبت مصفوفة معاملات الارتباط بين الدرجات الفرعية للفئات العمرية من ٢ إلى أقل من ٣٠ سنة، وكانت جميعها موجبة مما يشير إلى احتمال وجود عامل مشترك بينها وفي مجموعة التقنين من ٣٠-٧٠ سنة فما فوق، فقد كانت معاملات موجبة وتميل إلى الارتفاع عن مثيلاتها في الفئات العمرية الأصغر.

وثمة أدلة أخرى على صدق المقياس توفرت أثناء التقنين منها أن متوسط الدرجة المركبة لمائة فرد من المتخلفين عقلياً كان ٤١,٨١ (بمركز التوجيه النفسي بحدائق القبة)، و

٤٩,٥٣ (بمركز أبو العزايم للمعاقين عقلياً، ومركز سيتي للتدريب والدراسات في مجال الإعاقة، وفي دراسة على المتفوقين والمتأخرين دراسياً كان متوسط المتفوقين ٩٢,٨٥، والمتوسطين تحصيلياً ٨٠,٧٢ والمتأخرين ٧٠,٧٧ وفي دراسة على ذوي صعوبات التعلم والمتأخرين دراسياً والمتخلفين عقلياً كانت الدرجة المركبة للفئة الأولى ٩٧,٢٩، والثانية ٧٧,٧٦ والثالثة ٥٦,٧٣. وهذه المتوسطات توضح صدق المقياس في التمييز بين الفئات المختلفة في معامل الذكاء.

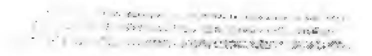
(٢) مقياس وكسلر لذكاء الأطفال:

وضع ديفيد وكسلر Wechsler، D. عام ١٩٣٩ مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين، وعندما لاحظ وكسلر أن هذا المقياس غير مناسب لقياس ذكاء الأطفال أعد مقياس وكسلر لذكاء الأطفال عام ١٩٤٩ يتكون من اثني عشر اختباراً فرعياً على غرار مقياسه السابق يضم فقرات سهلة تناسب الأطفال من سن الخامسة إلى الخامسة عشر وخمسة شهور. وفي عام ١٩٧٤ عُدل المقياس وصدر ويسك المعدل WISC-R والذي حافظ فيه «وكسلر» على بناء المقياس من اثني عشر اختباراً فرعياً مع إجراء تعديل عدد من الفقرات ليرفع سقف الاختبار إلى سن السادسة عشر وخمسة شهور. وقد أشارت الدراسات إلى أن وكسلر لذكاء الأطفال من المقاييس الجيدة في تشخيص التخلف العقلي، فهو يقيس القدرة العقلية العامة والقدرة العقلية اللفظية والقدرة العقلية العملية، ويقدم صفحة نفسية لقدرات الطفل المفحوص، مما يساعد فريق التشخيص على اتخاذ القرارات المناسبة بشأن التشخيص وبرامج الرعاية.

وقد اقتبس لويس مليكة وعماد الدين إسماعيل عن مقياس ويسك الأمريكي وعدلاه ليناسب الأطفال المصريين. ويتكون المقياس في صورته المصرية من أحد عشر اختباراً مقسمة إلى قسمين: المقياس اللفظي، ويضم اختبارات: المعلومات العامة، والفهم، والحساب، والمتشابهات، والتذكر، والمفردات، والمقياس العملي، ويضم اختبارات: تكميل الصور، وترتيب الصور، ورسوم المكعبات، وتجميع الأشياء، والشفرة (أ، ب).

وقام رجاء أبو علام (١٩٧٣) بتعديل المقياس لتناسب بنوده و فقراته الأطفال الكويتيين من سن الخامسة إلى سن الخامسة عشر. وتتكون الصورة الكويتية من عشرة اختبارات فرعية مقسمة إلى قسمين: المقياس اللفظي، ويضم اختبارات المعلومات العامة، و الفهم العام، الحساب، و المفردات، إعادة الأرقام. والمقياس العملي ويضم اختبارات: تكميل الصور، ترتيب الصور، رسوم المكعبات، تجميع الأشياء، الشفرة (أ، ب).

وفي عام ١٩٨٩ نشر أبو علام مقياسه المعدل بعنوان «مقياس وكسلر الكويت لذكاء الأطفال» الذي يتكون مثل المقياس الأمريكي المعدل من اثني عشر اختبارا فرعيا منها ست اختبارات لفظية وست أخرى عملية. وبعد تنقيح وتعديل وإضافة وحذف بعض الفقرات من الاختبارات الفرعية أعد المقياس في صورته النهائية وجرى حساب ثباته على تلاميذ المدارس في الكويت من سن ٦,٥ إلى سن ١٦,٥ وتراوحت معاملات الثبات على المقياس اللفظي بين ٠.٨٦ و ٠.٩٥ وعلى المقياس العملي بين ٠.٨٥ و ٠.٩١ وعلى المقياس الكلي بين ٠.٨٣ و ٠.٩٥. أما صدق المقياس فقد تم حساب معاملات الارتباط بين نسب الذكاء على المقياس الجديد ومقياس ستانفورد -بينيه الكويت للذكاء، وكانت معاملات الصدق تتراوح بين ٠.٧٠٤ و ٠.٨٤٨ مع المقياس اللفظي و بين ٠.٤٧٨ و ٠.٨٠١ مع المقياس العملي، وبين ٠.٦٢٨ و ٠.٨٩٦ مع المقياس الكلي. وهذه النتائج تشير إلى مدى التشابه بين ما يقيسه وكسلر الكويت لذكاء الأطفال و ستانفورد-بينيه الكويت للذكاء. ثم جرى تقنين مقياس وكسلر على ٢٢٠٠ طفل من تلاميذ المدارس في الكويت من سن ست سنوات إلى ١٦ سنة و ١١ شهرا ومن مناطق مختلفة، وشملت عينة التقنين الذكور والإناث الكويتيين و غير الكويتيين، وبعد حساب الدرجات الموزونة على الاختبارات الفرعية تم إعداد معايير محلية لنسب الذكاء الانحرافية بمتوسط ١٠٠ درجة وانحراف معياري ١٥، وفي ضوء هذه المعايير فإن الطفل الذي يحصل على نسبة ذكاء أقل من ٦٩ درجة يعتبر متخلفاً عقلياً (رجاء أبو علام، ١٩٨٩).



(٣) متاهات بورتيوس:

أعد بورتيوس مقياس المتاهات لقياس قدرة الطفل على التخطيط و التبصر بالهدف والعمل للوصول إليه، وقد أطلق على هذه القدرة اسم «الفهم العام» واعتبرها نوعا من الذكاء الخاص، الذي يظهر في تجنب الشخص للأخطار التي تواجهه في حياته اليومية، وفي حذره وفطنته في تصريف شئونه، وفي علاج مشكلاته بالممارسة العملية.

وصدر من مقياس المتاهات ثلاث صور: الصورة الأصلية وتعرف بمراجعة فاينلاند وتتكون من إثنتى عشرة متاهة متدرجة الصعوبة من سن ثلاث سنوات إلى سن الراشد، وتعطى عمرا عقلياً ١٧ سنة. أما الصورتان الأخريان فهما الصورة الموسعة و الصورة المكملة. وهما صورتان متكافئتان، تتكون كل منهما من ٨ متاهات متدرجة من سن ٧ إلى سن الراشد، وتعطى كل منهما عمرا عقلياً مساويا لما تعطيه الصورة الأصلية. كما جرى تقنين سلسلة المتاهات الموسعة في مصر على عينة من حوالي ٦٠٠ تلميذ من سن ٧إلى سن ١٤ بعد ما تبين أن هذه السلسلة تشبه السلسلة الأصلية في الثبات و الصدق، ونشرت بعنوان «متاهات بورتيوس لذكاء الفتيان و الشباب.

وقد ثبت من نتائج دراسات كثيرة أن المتاهات أداة جيدة في تشخيص التخلف العقلي وفي تصنيفه. ففي دراسة لـ «بيرت» وجد أن المتاهات أفضل من مقاييس كثيرة في التمييز بين حالات التأخر العقلي والتخلف العقلي، وفي التمييز بين حالات التخلف العقلي الخفيف و التخلف العقلي المتوسط. كما استخدمت المتاهات في دراسات حديثة لتشخيص التخلف العقلي عند أطفال من الكويت ومصر وأثبت كفاءة عالية في التفرقة بين المتخلفين عقلياً وغير المتخلفين عقلياً.

لكن على الرغم من الاقتناع بكفاءة المتاهات في تشخيص التخلف العقلي إلا أنها لا تصلح وحدها في الحكم على قدرات الطفل العقلية، لأن المتاهات تقيس جانبا من القدرة العقلية مرتبطا بالتوافق الاجتماعي أكثر من ارتباطه بالتحصيل الدراسي.

ويفضل في تشخيص التخلف العقلي تطبيق المتاهات مع ستانفورد -بينيه للذكاء. فإذا حصل الطفل على نسبة ذكاء منخفضة جداً في المقياسين حكمنا بتخلفه عقلياً. أما إذا حصل في أحدهما على نسبة ذكاء منخفضة جدا وفي الآخر على نسبة ذكاء تضعه في مستوى التأخر

العقلي فمن الأفضل التريث في الحكم عليه بالتخلف، ونبحث عن الدلالات التشخيصية لاختلاف نسبتي الذكاء على المقياسين (كمال مرسي، ١٩٩٣: ٣٣).

(٤) لوحة الأشكال لـ «سيجان»:

تعد لوحة الأشكال لـ « سيجان» أول اختبار وضع لقياس الذكاء، وقد اكتسبت شهرة عالمية كبيرة، وثبت صدقها في قياس القدرة العقلية العامة عند الأطفال من سن ثلاث سنوات ونصف إلى سن ثماني سنوات. ويتكون الاختبار من لوحة خشبية بها عشرة أشكال مفرغة، تصلح لملأها عشر قطع ذات أشكال هندسية معروفة، مثل المثلث، و المستطيل، والمربع، والدائرة... وغيرها. تنزع القطع من أماكنها، وتوضع بترتيب خاص أمام المفحوص، ويطلب منه إعادة وضعها في مكانها بأسرع ما يمكنه.

وقد قنن الاختبار في الكويت عام ١٩٧٥ على ١٧٨١ طفلا من سن ٤-٨سنوات واتضح أن معامل ثباته بإعادة التطبيق حوالي ..٩٠، ومعامل صدقه مع اختبار رسم الرجل حوالي ..٤٢، ومع متاهات بورتيوس ..٧٨(مرسي ١٩٧٧). وقد أشار غالي وزملاؤه (١٩٨٧) إلى عدم صلاحيته كاختبار وحيد لقياس الذكاء لأنه اختبار عملي قصير يتوقف الأداء فيه على عامل السرعة ويستخدم في عمليات التصنيف المبدئي للأطفال الصغار.

(٥) اختبار بندر - جشطلت للإدراك البصري:

أعدته لوريتا بندر Bender L. في عام (١٩٣٨)، وهو يتكون من تسعة رسوم هندسية يطلب من المفحوص رسمها. وفي إجراء الاختبار يعرض المختبر على المفحوص أشكال الاختبار واحداً واحداً، ويطلب من المفحوص رسمها بعد عرضها عليه مباشرة. وليس هناك زمن محدد للأداء. وتقوم فكرة الاختبار على إدراك العلاقات في الفراغ، وهى التي تتضمن قياس الاختبار للوظائف المعقدة الآتية:

(أ) **الوظيفة البصرية:** وهي القدرة على استقبال المنبهات البصرية.

(ب) **الوظيفة التكاملية:** وهى القدرة على تفسير وإدراك المنبهات البصرية.

(ت) **الوظيفة الحركية:** وهى القدرة على ترجمة ما يتم إدراكه بصريا إلى حركة تستخدم في رسم الأشكال.

وتخضع هذه الوظائف لقوانين الجشطلت في التقارب و التشابه و الشمول و التماثل والإغلاق... الخ. وهى نفس المبادئ التي يجب أن تراعي عند تصحيح الاختبار. وهناك عدة طرق لتصحيح الاختبار أهمها طريقة «بندر» نفسها (١٩٤٦)، وطريقة «بسكال وسوتيل» Pascall & Suttel (١٩٥١)، وهناك محاولات أخرى متعددة لتصحيح الاختبار بطريقة موضوعية، ولكنها لا ترقى إلى درجة ثبات وصدق الطرق الأخرى (فاروق صادق، ١٩٨٢: ٣٦٤-٣٦٥). ويختلف تفسير رسوم المفحوص على اختبار « بندر» بالنظر إلى أمرين هما:

(١) مستوى النضج. (٢) كيفية رؤية الطفل للأشكال.

وهذان الأمران يجعلان من الممكن مقارنة استجابات الأفراد بالفئات الباثولوجية المختلفة. هذا وقد قنن اختبار « بندر» لقياس القدرة البصرية الحركية عند الأطفال بين سن ٤سنوات وسن ١١ سنة.

وتتميز استجابات المعاقين عقلياً على اختبار « بندر» بأنها استجابات متقاربة مع استجابة أقرانهم في العمر العقلي من الأسوياء مع وجود فروق فردية أوسع نطاقا. فهناك تخلف في عمليات النضج في الرسم، إذ تكثر في أدائهم الأشكال الدائرية البسيطة الأولية إلى جانب التخطيطات الفجة غير المميزة (الشخبطات Scribbles)، كما تظهر الرسوم الغريبة البعيدة عن الواقع إلى حد ما و التي تقترب مما يظهر في حالات الفصام. ويميل المتخلفون عقلياً إلى التكرار و المداومة أثناء رسم الأشكال أو في رسم النقط على أنها دوائر، أو فصل الأجزاء بعضها عن بعض. كما يجدون صعوبة في رسم الخطوط المتقاطعة، كما أنهم قد يرسمون الخطوط الأفقية رأسية، وتكون لديهم صعوبة في إدراك ورسم الزوايا. وعلى العموم، فإن التعرف على أداء المعاقين عقلياً على الاختبار يعتبر مفتاحا (أو تكملة) لمعلومات أخرى يجب تجميعها عن المفحوص قبل الوصول إلى قرار فيما يتعلق بعملية أمر التشخيص.

ويمكن بواسطة الاختبار التفريق بين مستويات التخلف العقلي، أو بين المتخلفين في الفصول الخاصة، المتوافقين منهم وغير المتوافقين، ويستخدم الاختبار أيضا للتعرف على الحالات التي يكون لها رسم مخ كهربائي شاذ على جهاز رسام المخ الكهربي. فقد لوحظ

أن هذه الحالات تميل إلى إدارة الأشكال، ولذلك فقد اتخذ من ميل الشكل معاملا لإصابة المخ. وبالرغم من أن هذا المعامل صغير إلا أن له قيمة في بعض الأحوال (فاروق صادق، ١٩٨٢: ٣٦٦).

٦- مقياس جودانف - هاريس للرسم

يعتبر مقياس جودانف - هاريس للرسم من المقاييس المصنفة ضمن مقاييس القدرة العقلية و يصنف أيضا ضمن مقاييس الشخصية كواحد من الاختبارات الإسقاطية. وتعتبر جودانف من الرواد الأوائل التى قامت بتوظيف رسوم الأطفال للتعرف على قدراتهم العقلية و سماتهم الشخصية و قد ظهر هذا الاختبار فى البداية باسم رسم الرجل (Draw A Man Test) ثم روجع وتم تطويره من قبل هاريس و أصبح يعرف فيما بعد باسم مقياس جودانف - هاريس للرسم.

وصف المقياس

يتم تطبيق هذا المقياس على الفئة العمرية من ٣-١٥ سنة و هو مقياس غير لفظي و يعطى هذا المقياس بعد تطبيقه درجة خام تحول إلى درجة معيارية ثم إلى نسبة ذكاء، ويستغرق وقت الاختبار من ١٠-١٥ دقيقة و قد انطلقت جودانف من خلفية نظرية فى بناء المقياس تمثلت فى قدرة الطفل العقلية على التعبير عم أفكاره بالرسم، إذ يبدأ الطفل العادي فى قدرته العقلية فى التعبير عن نفسه بالرسم منذ بداية الثالثة تقريبا فيرسم شكل إنسان بتفاصيل متفاوتة من عمر إلى أخر، إذ كلما زاد العمر الزمني كلما زادت قدرة الطفل على إظهار عناصر معينة فى الرسم، كما يرسم الطفل ذو الإعاقة الفكرية شكل إنسان تبعا لدرجة إعاقته الفكرية و يعتبر هذا المقياس رداً على الإنتقادات التى وجهت إلى المقاييس اللفظية و لذلك فهو يعتبر مقياس متحرر من أثر الثقافة أو التحيز الطبقي أو العرقى.

ثالثاً: التشخيص الاجتماعي: المهارات التكيفية Adpative skills

ويستخدم هذا التشخيص للتعرف على المعوقات الاجتماعية والتكيفية لدى المعاقين فكريا وذلك باستخدام مقاييس خاصة، حيث يوجد عدد كبير من مقاييس تقدير السلوك التكيفي التي تعتمد على ملاحظة السلوك ومن هذه المقاييس مقياس السلوك التكيفى الخاص بالجمعية الأمريكية للتخلف العقليAAMR) Adaptive Behavior Scale) الذى أعده كل من ميهيرا، فوستر، شيلهاز، وليلاند (١٩٧٤)Mihera، Foster، Shellhass & Leland كما يوجد مقياس فانيلاند للسلوك التكيفىVineland Scale for Adaptive Behavior وقام بتقديم مقياس فيانيلاند للنصح الاجتماعىVineland Social Maturity Scale أدجار دول لقياس المهارات الاجتماعية.

ويعتبر مقياس السلوك التوافقي من أهم المقاييس التي أعدتها الجمعية الأمريكية للضعف العقلي (AAMD) حيث أجريت عليه عدة دراسات أثبتت كفاءة استخدامه بدرجة عالية من الصدق والثبات. كما أثبتت التحليل العاملي له أنه يحتوي علي ثلاثة أبعاد سلوكية رئيسية هي الاستقلال الشخصي (Personal Independence) سوء التكيف الاجتماعي (social Maladjustment) وسوء التوافق الشخصي مما يدل علي إمكانية استخدامه والاستفادة منه في ملاحظة ووصف المظاهر السلوكية للفرد والأداء السلوكي اليومي له المتعلقة بتلك الأبعاد السلوكية الأساسية الثلاثة بالإضافة إلي إمكانية استخدامها في تحديد حالات التخلف العقلي المختلفة التي عاني منها الأفراد بهدف وضعهم في البرامج الإرشادية المناسبة لهم والملائمة لمستويات تخلفهم.

ويتكون هذا المقياس من جزأين أساسيين، يقيس الجزء الأول مهارات الفرد وعاداته التي تدل علي إمكانية استقلاله الشخصي واعتماده علي نفسه في حياته العادية اليومية، وذلك باختبار أدائه السلوكي في عشرة مجالات سلوكية أساسية بحيث يتضمن كل منها مجموعة من الأنشطة المترابطة الدالة عليها والتي يبلغ مجموعها واحد وعشرون نشاطا كما يتضح فيما يلي:-

١- الأداء السلوكي الاستقلالي

- تناول الطعام
- استخدام المرحاض
- النظافة
- المظهر الشخصي
- العناية بالملبس
- ارتداء وخلع الملابس
- المظهر الشخصي
- العناية بالملابس
- الإنتقال
- السلوك الإستقلالى

٢- النمو الجسمي

- النمو الحسي
- النمو الحركي

٣- الوعي الاقتصادي

- مهارات الشراء
- التعامل بالنقود تخطيط الميزانية

٤- النمو اللغوي

- التعبير
- الفهم
- نمو اللغة الإجتماعى

٥- مفهوم الأعداد والزمن

٦- الأنشطة المنزلية

- التنظيف
- أعمال المطبخ
- أعمال منزلية أخري

٧- الأداء المهني

٨- توجيه الذات

- المبادرة
- المثابرة
- وقت الفراغ

٩- تحمل المسؤولية

١٠- التنشئة الإجتماعية

ويقيس الجزء الثاني من المقياس السلوك غير التوافقي الذي يتعلق بشخصية الفرد وانحرافاته السلوكية. ويتضمن هذا الجزء أربعة عشرة نشاطا سلوكيا هي:

- العنف والسلوك التخريبي
- السلوك المضاد للمجتمع
- السلوك المتمرد
- السلوك الخادع
- الإضطرابات النفسية
- السلوكيات الشاذة

- السلوك الإجتماعى المنحرف
- العادات الصوتية الغير مقبولة
- العادات الشاذة الغير مقبولة
- الإفراط فى النشاط
- السلوك الجنسى الشاذ
- سلوك إيذاء الذات
- الإنسحاب
- الإستخدام الخاطئ للعقاقير الطبية وبالرغم من ذلك إلا أنه أخذ عليه بعض الاعتبارات

ومن هذه الاعتبارات:-

- عدم الإتفاق على مكونات السلوك التكيفى و مدى تمثيلها لوظائف إستقلالية و كفايات إجتماعية.
- عدم الإتساق فى تعليمات تطبيق هذه المقاييس ففى بعض الفقرات تجمع البيانات من المفحوص مباشرة و فى البعض الأخر من المعلم و أو من شخص فى الأسرة يكون الأكثر ألفة بالمفحوص. ومن الواضح أن عدم الاتساق فى جمع البيانات يؤدى إلى عدم الدقة فى تسجيل البيانات و عدم الدقة فى تقرير قيم عددية تعبر عن مستوى الأداء.
- مقياس كين و ليفين للكفاية الإجتماعية.

ظهر مقياس كين و ليفين للكفاية الإجتماعية فى عام ١٩٦١ و ذلك بهدف قياس و تشخيص الكفاية الإجتماعية للأطفال ذوى الإعاقة الفكرية من الفئة العمرية من ٥- ١٤ سنة و يتكون المقياس من ٤٤ فقرة تم توزيعها على أربعة مقاييس و هى كالتالى:-

- مقياس المساعدة الذاتية و عدد الفقرات ١٤ فقرة.
- مقياس المبادرة و عدد الفقرات ١٠ فقرة.
- مقياس المهارات الإجتماعية و عدد الفقرات ١٠ فقرة.
- مقياس الإتصال و عدد الفقرات ١٠ فقرة.

رابعاً: التشخيص التربوي

ويقوم بهذا التشخيص أخصائي التربية الخاصة أو معلم الفصل و الهدف من هذا التشخيص تقييم أداء الطفل المعاق فكريا تربويا و تحصيلياً على المقاييس الخاصة بالبعد التربوي ، و منها مقاييس المهارات اللغوية للمعاقين فكريا و مقياس المهارات العددية للمعاقين فكريا و مقياس الكتابة و القراءة للمعاقين فكريا. ويوجد أيضاً التقارير التعليمية والتحصيل الدراسي وهى تتضمن عملية التقييم الشامل دراسة حالة التاريخ التعليمي ومعرفة قدرة المريض على التحصيل ووصف لأدائه و مشكلاته السلوكية.

خامساً: التشخيص الفارقي:-

يدرك العاملون فى الميدان التربوي فى الدول العربية أن الطلبة الذين يلتحقون بغرف المصادر يشكلون فئات غير متجانسة إلى ابعد الحدود، ويتوقع أن يكون لدى الطلبة الذين يلتحقون بهذه الغرف صعوبات تعلم أو إعاقة فكرية بسيطة أو تدنى فى التحصيل الدراسي لأسباب أسرية أو مدرسية مختلفة أو بطء تعلم أو اضطرابات سلوكية أو انفعالية، وغير ذلك من الحاجات الخاصة غير المحددة لذا لابد من عمل تشخيص فارقي للطلبة الملتحقين بغرف المصادر لتوضيح ما لديهم من قصور. (جمال الخطيب، ٢٠١٠).

أ- الإعاقة العقلية والتوحد:-

عندما اقترح كائر محكات لتشخيص التوحد فقد أشار إلي أن الأفراد التوحديين لديهم قدرات معرفية جيدة، لذلك فقد كانت الإعاقة العقلية مستبعدة. ولكن بعض الباحثين أمثال رتفو وفريمان أشارا إلي أنه حوالي ٧٥ ٪ من التوحديين قدراتهم العقلية في حدود التخلف العقلي. ومع أن الأداء الوظيفي بشكل عام للأطفال التوحديين المعوقين عقليا والأطفال المعوقين عقليا متشابه، ولكن الأداء في الإعاقة العقلية يكون منخفضا ومتساويا في جوانب الأداء، ولكن الأطفال التوحديين المعوقين عقليا لا يكون أدائهم متساو إذ نلاحظ أداء أعلي في المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى أو مهارات إدراك حركي في حين يكون أقل أداء لهم في المهمات اللفظية.

إن الخلط بين التوحد والإعاقة جاء من حقيقة أن بعض خصائص الإعاقة العقلية تشبه السلوكيات التي يظهرها الأطفال التوحديين. إن التدقيق الحريص في التوحد سيقود إلي عدد من النقاط التي يتميز بها التوحد عن الإعاقة العقلية ومنها:

١- الأطفال المعوقين عقليا ينتمون أو يتعلقون بالآخرين، وهم نسبيا لديهم وعي اجتماعي، ولكن لا يوجد لدي الأطفال التوحديين تعلق حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم.

٢- القدرة علي المهمات غير اللفظية وخاصة الإدراك الحركي، والبصري ومهارات التعامل موجود لدي التوحديين ولكنها غير موجودة لدي التوحديين ولكنها غير موجودة لدي الأطفال المعوقين عقليا.

٣- اللغة والقدرة علي التوصل مختلفة بين المجموعتين، كمية واستخدام اللغة للتوصل تكون مناسبة لمستوي ذكاء المعوقين عقليا، ولكن لدي المعوقين عقليا التوحديين يمكن أن تكون اللغة غير موجودة وان وحدت فإنها تكون غير عادية.

٤- نسبة وجود العيوب الجسمانية في التوحد أقل بكثير من العيوب الجسمية لدي الإعاقة العقلية. وهذا ما يدعم ما أشار إليه كانر سابقا من أن الأطفال التوحديين يميلون إلي أن يكونوا جذابين من الناحية الجسمية.

٥- يبدي الأطفال التوحديين مهارات خاصة تشمل الذاكرة، الموسيقي، الفن... الخ وهذا لا يوجد في حالة الأشخاص أو الأطفال المعوقين عقليا.

٦- سلوكيات نمطية شائعة توجد لدي الأطفال التوحديين تشمل حركات الذراع واليد أمام العينين وكذلك الحركات الكبيرة مثل التأرجح، الأشخاص المعوقين عقليا من جهة أخري يختلفون في نوع السلوك النمطي الذي يظهرونه.

ب- الإعاقة العقلية وصعوبات التعلم:-

فئات صعوبات التعلم Learning Difficulties

أحيانا يقع الأطفال في المدى السوي أو العادي من حيث الذكاء، ولكنهم مع ذلك فيما يبدو لا يتعلمون. أنهم ليسوا متأخرين عقليا، وليس لديهم إعاقة حسية بل وقد يكونون موهوبين عقليا، ولكنهم مع ذلك لا يتعلمون عملا أو مهمة معينة. ولا يظهر هؤلاء الأطفال عادة مشكلات حادة حتى يصلوا إلي المدرسة، ولكنهم حينئذ يجدون صعوبة في التعلم، وخاصة في القراءة والكتابة. وحين يحدث هذا كثيرا ما يشك في أن الطفل يعاني من عجز في التعلم disability (L D) Learning ولقد عرف العجز علي النحو التالي:-

«حالة مزمنة يفترض أنها ذات أصل نيرولوجي تتدخل علي النحو تلقائي في نمو القدرات اللفظية أو غير اللفظية وفي تكاملها وفي أدائها».

إنها اضطرابات في عملية سيكولوجية أو أكثر من عمليات الفهم أو استخدام اللغة المنطوقة أ، المكتوبة وقد يظهر هذا في قصور القدرة علي الاستماع، والتفكير والتحدث والقراءة، والكتابة والهجاء أو إجراء العمليات الحسابية.

ومن أنواع العجز النوعي في التعليم التي يشيع تشخيصها فرط النشاط وعسر القراءة. ويطلق لفظ فرط النشاط علي الأطفال الذين يجدون صعوبة في الجلوس مستقرين والانتباه إلي الأنشطة الصيفية، وأنهم يتململون. ويبدو انه ليس لديهم سيطرة علي نزعاتهم واندفاعهم، ويتركون مقاعدهم علي نحو مستمر أو أماكنهم المحددة. بالإضافة إلي ذلك فإن بعضهم لا يستطيع أن يلتفت إلي مهمة أو عمل فترة طويلة، وعسر القراءة اضطراب يعني العجز عن تفسير الأشكال الرمزية مثل الكلمات المكتوبة، ويضم هذا عجزا في الإدراك الدقيق للشكل Form، والوضع في المكان والترتيب المتسلسل للحروف، ويعتقد أن لفرط الحركة ولعسر القراءة أصولا بيولوجية.

والتعريف الوظيفي للعجز عن التعلم النوعي أو المحدود يستند إلي ثلاثة مكونات

أولا:- عجز في التعلم يؤدي إلي تباعد بين التحصيل المتوقع والتحصيل أو الإنجاز الفعلي. والتحصيل المتوقع كثيرا ما يعتمد علي الدرجات المتوسطة أو ما فوق المتوسطة في اختبارات الذكاء الفردية، وعندما لا تتحقق هذه التوقعات في التحصيل المدرسي (درجات أو تقديرات في اختبار تحصيل مقنن) قد يكون سبب ذلك عجز عن التعلم.

وبناء علي ذلك فإنه كثيرا ما يتم تحديد العجز عن التعلم في مهارة من المهارات السبع

وبالإضافة إلي مواجهة التلاميذ ذوي العجز في التعلم لصعوبات فيه بالخطو العادي أو المعدل السنوي، فإنهم كثيرا ما يتعرضون للإحباط، ويسهل تشتيت انتباههم، ويعجزون عن الاستمرار في عمل أو القيام بمهمة ويبدو أنهم ينسون بسهولة وعلي نحو متواتر. وقد يكون النسيان، علي أية حال مسألة إدراك للمدرس أكثر منه تعبيرا عن الواقع والحقيقة. وبدلا من أن يكون التلميذ قد نسي، يتحمل أنه لم يتعلم المادة أصلا حتى ينساها.

وكثيرا ما يكون لدي ذوي العجز في التعلم من التلاميذ مشكلات في المجال الاجتماعي. أنهم يجدون صعوبات في التفاعل مع الآخرين، وقد يكون لديهم خجل مفرط، وفرط في التوكيدية والعدوانية مما قد يدرك علي أنه وقاحة. وكثيرا ما تؤدي هذه الخصائص السلوكية بالمدرسين إلي تكوين تعميمات جامدة عن هذه الفئة من التلاميذ، ويتقاعسون عن مد يد العون لهم بمهام تدريسية تتسم بالمثابرة والحساسية تساعدهم خاصيتان حيويتان ضروريتان إذا أريد لهؤلاء التلاميذ أن يتعلموا.

ولقد تباينت الممارسات التدريسية التي تتبع مع هذه المجموعة من التلاميذ عبر السنين، ويبني بعض المربين تعليما إفراديا، وبرامج متدرجة مع إشراف وتوجيه وثيقين، ويعتمد بعضهم علي التدريب الادراكي الحركي، والتدريب الحسي المتعدد (تدريب يستخدم جميع الحواس في تدريس القراءة) وتدريب لغوي يستهدف مراعاة فروق عضوية نوعية محددة وتجهيز المعلومات سمعيا وبصريا، وعلي أي حال، فإن البيانات المتوافرة في الوقت الحاضر عن التقدم المدرسي للأطفال الذين يتعلمون في كثير من هذه البرامج ليست إيجابية وواضحة بقدر يؤدي إلي التشجيع علي قبول إجراءات معينة واستخدمها علي نطاق واسع. ويتبنى بعض المهنيين في مجال التربية الخاصة الآن استخداما أكبر لأساليب تعديل السلوك مع التلاميذ الذين لديهم عجز في التعلم بما في ذلك تحليل المهمة، والتعزيز التدريب المباشر.

جـ - الإعاقة العقلية والحرمان الثقافي وبطئ التعلم:-

وتعد نسبة الذكاء محكا جيدا للتفرقة بين المعاقين عقليا وبطيء التعلم حيث يعد الشخص المعاق عقليا ذو نسبة ذكاء أقل من ٧٠ درجة علي مقياس واكسلر بليفيو للذكاء أما ذو البطئ في التعلم فتتراوح نسبة ذكاءه ما بين ٧٠ - ٨٠ درجة علي مقياس فردي مقنن للذكاء.

ويعد القدرة علي التعلم أيضا محكا جيدا للحكم علي المعاق عقليا حيث تكون قدرته علي التعلم اقل من ذوي البطء في التعلم.

د- الإعاقة العقلية والاضطرابات السلوكية:

أن الاضطراب الانفعالي السلوكي هو إعاقة يظهر فيها الطفل واحدة أو أكثر من الخصائص التالية لفترة طويلة وبدرجة شديدة تؤثر على أدائه الأكاديمي:

- عدم قدرة على التعلم لا تعود لأسباب عقلية أو حسية أو جسمية صحية.
- عدم القدرة على إقامة علاقات طبيعية مع المعلمين والأطفال الآخرين.
- إظهار انفعالات ومشاعر غير مناسبة فى ظروف طبيعية.
- إحساس عام بعدم السعادة وبالكأبه.
- قابلية لتطوير مشاعر الخوف أو أعراض جسمية فيما يتعلق بالمشكلات المدرسية والشخصية.

الفصل الرابع

خصائص المعاقين فكريا القابلين للتدريب

أولاً: الخصائص الجسمية والحركية.

ثانيا: الخصائص العقلية.

ثالثاً: السمات التعليمية.

رابعاً: الخصائص الانفعالية.

خامساً: الخصائص الاجتماعية.

سادساً: الخصائص اللغوية.

الفصل الرابع
خصائص المعاقين فكريا القابلين للتدريب

يتميز الأطفال المعاقين فكريا بمجموعه من الخصائص والسمات التي تميزهم عن لأطفال العاديين في مختلف النواحي الجسمية، والعقلية، واللغوية، والاجتماعية، الانفعالية.

كما أن لكل فئة من فئات الإعاقة الفكرية مجموعة من السمات التي تميزها عن الفئات لأخرى لتحديد مستوى البرامج التعليمية أو التربوية المناسبة لها ونجد أن هناك سمات عامة مشتركة بين جميع فئات الإعاقة الفكرية، وسمات خاصة لكل فئة على حده وفي لسطور التالية سوف نبرز أهم الخصائص التي تميز الأطفال المعاقين فكريا القابلين لتدريب وهي:

خصائص الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتدريب

يعد الأفراد ذوى الإعاقة الفكرية القابلين للتدريب أحد فئات الإعاقة الفكرية ، والذين تراوح درجة ذكائهم (٥١ – ٥٤ درجة على اختبار ستانفورد بينيه إلى (ذكائهم بين ٣٠– ٤٠)) درجة على اختبار وكسلر، أو ما يعادل أي منهما من اختبارات الذكاء المقننة الأمانة العامة للتربية الخاصة، ٢٠٠١)

يعاني أفراد هذه الفئة من قصور واضح في معظم المظاهر النمائية، وبالرغم من هذا قصور إلا أنهم عن طريق الإشراف والتدريب المكثف الذي يتناسب مع خصائصهم قدراتهم يكون باستطاعتهم اكتساب المهارات والعادات السلوكية التي تسهم في تكيفهم شخصي، والاجتماعي في المنزل والتمتع بما في ذلك اكتسابهم مختلف المهارات الاستقلالية

كحماي ة أنفسهم من الأخطار ، النظافة ، ارتداء الملابس وخلعها ، تناول الطعام ، و يمكن تدريبهم على القيام ببعض الأعمال المنزلية وممارسة مهن يدوية بسيطة (خولة يحي ، ماجدة عبيد ، ٢٠٠٥)

ويعد التطرق لخصائص الأفراد ذوي التخلف العقلي أحد أهم الركائز الأساسية لتحديد حاجات هذه الفئة ، و تقديم البرامج التعليمية والتدريبية المناسبة لتلك الاحتياجات ، علمًا بأن أفراد هذه الفئة هم مجموعات غير متجانسة إلى حد كبير . وفيما يلي استعراض لأهم الخصائص العامة لفئة المعاقين فكرياً القابلين للتدريب

أولا: الخصائص الجسمية والحركية Physical and Motor Characteristics

يتميز المعاقين فكريا بصفة عامة ببطء في النمو الجسمي والوزن عن العادي ونقص في حجم وزن المخ عن المتوسط ، وتشويه في شكل الجمجمة والأذنين والأسنان واللسان وتشويه الأطراف ، وبط ء في النمو الحركي وروتينية الحركة (حامد زهران: ١٩٩٤، ٤٧٥).

في حين يظهر الأفراد ذوى الإعاقة الفكرية المتوسطة و الشديدة قصورًا في النمو البدني يتمثل في قلة الوزن وصغر حجم الدماغ ، و ظهور التشوهات في كل من الجمجمة والعين ، والفم والأطراف(سعيد العزة ، ٢٠٠١) كذلك تتدنى مقاومتهم ل لأمراض إذا قورنوا بأقرانهم العاديين .

أما فيما يخص المهارات الحركية فإن الأطفال المعاقين عقلياً يعانون من صعوبات حركية كثيرة كلما زادت درجة تخلفهم ويعانون من قصور في الوظائف الحركية كالتوافق العضلي – العصبي ، وصعوبة في استخدام العضلات الصغيرة ، حيث يتميزون بالبط ء والتثاقل، وعدم الانتظام ، كما أنهم سريعوا التعب والإعياء (عبد المطلب القريطي: ٢٠٠١ ، ٢١٩-٢٢٠).

«أما عن النمو الحركي فإنه يتأخر كثيرًا، وتظهر بينهم الإعاقات الحركية وعدم التوازن الحركي ، وصعوبة مسك الأشياء ، ويتأخر لديهم التحكم في الإخراج ، لذا يحتاج هؤلاء الأفراد إلى تدريبات مكثفة لتنمية مثل هذه المهارات الحركية و علاج طبيعي و تصحيحي للتخفيف من مستوى التشوهات الجسمية والإعاقات وهناك علاقة طردية بين مستوى التخلف العقلي وشدة ، الحركية» (علا إبراهيم ، ٢٠٠٠)

الضعف الحركي حيث تظهر لدى فئة التخلف العقلي المتوسط والشديد الكثير من المشكلات في المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة كنتيجة للاضطرابات العصبية (جمال الخطيب، منى الحديدي، ٢٠٠٣)

كذلك تعاني هذه ا لفئة من الإعاقات البصرية والسمعية والجسمية، حيث ينجم عن هذه المشكلات والإعاقات الجسمية انخفاض أداء الفرد في الجوانب الاستقلالية (عبدالله الحداد، ١٩٩٦). وقد أوضح عبدالمنعم الميلادي (٢٠٠٤) عددًا من مظاهر القصور في الجوانب الجسمية، والحركية العامة للأفراد ذوي التخلف العقلي المتوسط والشديد وهي:

- عدم إبداء أي نشاط حركي في الأسابيع الأولى أثناء إحداث المحيطين منوعًا من المنبهات الحسية.
- تأخر واضح في النمو الجسمي.
- انخفاض النمو الحركي عن المعدل الطبيعي.
- ضعف في التآزر البصري الحركي.
- ضعف القدرة على تمييز الروائح المختلفة.
- التأخر في ضبط المثانة والتحكم في الإخراج.
- اضطرابات في إفرازات الغدد الصماء.

ثانياً: الخصائص العقلية Mental Characteristics

«اتفقت معظم الدراسات التي أجريت في هذا الجانب على أن الأفراد ذوي التخلف العقلي يظهرون قصورًا واضحًا في أدائهم العقلي، يتضح من خلال نتائج الاختبارات النفسية و التي حددت بدورها مستوى الأداء العقلي في حدود ٧٠ درجة ذكاء كحد أعلى. و ٢٠ درجة ذكاء فما دون لتلك الحالات الشديدة والحادة، وهذا بدوره يؤثر على أداء العمليات العقلية الأخرى لدى أفراد هذه الفئة كما، ويتمثل هذا القصور في العمليات، تعكسه تصرفاتهم العامة»

(عبد الله الوابلي وآخرون، ٢٠٠٥)

١- **بطء النمو العقلي: Slow Mental Growth**

هي من أحد الخصائص الأساسية عند المعاقين ذهنياً فنلاحظ أن الطفل العادي يسير نموه العقلي بنفس القدر الذي يزيد به عمره الزمني، حيث إن الطفل العادي ينمو بمقدار سنه عقلية واحدة كل سنة زمنية من عمرة، ولكن ينمو الطفل المعاق فكريا بمعدل أبطء من ذلك، أما بالنسبة للمعاق فكريا القابل للتدريب من المفترض أن معدل النمو العقلي على أساس نسبة الذكاء، من المقدر انه يمضى بمعدل من ¼ إلى ½ سنة في كل سنة تقويمية وعند البلوغ فإن الفرد القابل للتدريب يتوقع أن يصل إلى مستوى النمو الذي يحققه طفل عادى عمره ما بين ٤ – ٨ سنوات. (عادل عبد الله: ٢٠٠٤ / محمد محروس الشناوي:١٩٩٧).

جدول يبين أقصى الأعمار العقلية التي يصل إليها المعاقين فكرياً والعاديين في الأعمار الزمنية من سن سنة إلى سن ١٨ سنة.

العمر الزمني بالشهور	أقصى عمر عقلي يصل إليه الشخص			العمر الزمني بالشهور	أقصى عمر عقلي يصل إليه الشخص		
	العادي	إعاقة فكرية بسيطة	إعاقة فكرية متوسطة		العادي	إعاقة فكرية بسيطة	إعاقة فكرية متوسطة
١٢	١٤	٨	٦	١٢٠	١٣٧	٨٣	٥٨
٢٤	٢٦	١٦	١١	١٣٢	١٥٠	٩١	٦٤
٣٦	٤٠	٢٥	١٧	١٤٤	١٦٤	٩٩	٧٠
٤٨	٥٤	٣٣	٢٢	١٥٦	١٧٧	١٠٧	٧٦
٦٠	٦٧	٤٢	٢٨	١٦٨	١٨٧	١١٢	٨٠
٧٢	٨١	٥٠	٣٤	١٨٠	١٩٦	١١٧	٨٤
٨٤	٩٦	٥٩	٤٠	١٩٢	٢٠٥	١٢٢	٨٧
٩٦	١٠٩	٦٧	٤٦	٢٠٤	٢٠٥	١٢٢	٨٧
١٠٨	١٢٣	٧٥	٥٢	٢١٦	٢٠٥	١٢٢	٨٧

(كمال مرسي، ١٩٩٦، ص ٢٧٩)

من الجدول نستخلص أن النمو العقلي عند الشخص العادي يكتمل عند عمر زمني ١٨ عاماً والعمر العقلي مساوي له، ولكن الشخص ذو الإعاقة الفكرية البسيطة والذي يبلغ عمره الزمني ١٨ عاما نجد نمو عمره العقلي عند سن العاشرة أو إحدى عشر عاما فقط. اما الطفل ذوى الإعاقة الفكرية المتوسطة فأقصى عمر عقلي هو ٨ سنوات فقط كما يمكن اعتبارهم كمجموعة متعلمون غير فعالين، فيمكن وصفهم كمتعلمين سلبيين لا يمكنهم وبصورة تلقائية استخدام الاستراتيجيات الملائمة لحل المشكلة.

١- **قصور التعميم وانتقال أثر التعلم:** Generalization& transfer of learning Deficit

يميل الطلاب المعاقين فكريا إلى إظهار قصورا في القدرة على استعمال المعلومة أو المعرفة أو المهارات في الوظائف أو المهام الجديدة، والمشكلات أو المواقف المصطنعة فالقدرة على استخدام الخبرات والتجارب بهدف التعميم تعتبر ضعيفة لدى المعاقين فكريا، توجد صعوبات لدي الطفل المتخلف عقليا في تنمية التعميمات، وفي نقل أثر التعلم من موقف لآخر، كما يواجه صعوبة في استخدام ما سبق تعلمه من معلومات ومهارات سواء في مواقف جديدة مشابهه لمواقف التعلم السابق، أو في مواقف مختلفة عن تلك التي سبق له التدريب عليها، وربما يعزي ذلك إلي صعوبة اكتشاف وإدراك أوجه الشبه والاختلاف بين الخبرات والمواقف، ومحدودية مقدرته علي إدراك العلاقة بين المواقف المختلفة (عبد المطلب القريطي: ٢٢٣، ٢٠٠١).

ولكي يتم تسهيل عملية التعميم فإنه متوقع من الطلاب القيام بأداء العديد من المهام المتشابهه في عدد من المواقع المختلفة، مستخدمين من ذلك مواد تعليمية متعددة ومتنوعة وتحت إشراف العديد من المعلمين.

٢- **قصور المهارات الأكاديمية الوظيفية:** Functional Academic skill Deficit

يواجه الطفل المتخلف عقليا صعوبات، ومشكلات متعددة في المهارات الأكاديمية المختلفة كالقراءة، وإجراءات العمليات الحسابية المختلفة. وقد يرجع ذلك إلي جملة من الأسباب في مقدمتها ما يلي:

١- ضعف القدرة علي التعلم بصفة عامة.

٢- قصور في بعض القدرات النوعية.

٣- قصور في جوانب النمو العقلي.

٤- ضعف في القيام بالعمليات المعرفية المختلفة من إدراك، وتذكر، وما إلي ذلك (عادل عبد الله: ٢٠٠٤، ٨٥).

٣-الانتباه Attention

يواجه الأفراد المعاقين فكريا من الدرجة المتوسطة والشديدة مشكلات واضحة في القدرة على الانتباه والتركيز على المثيرات التعليمية، مما يؤدى إلى بطء تحقيق الأهداف التربوية المرسومة لهم وتتزايد هذه المشكلات طرديًا مع درجة الإعاقة لدى الفرد (ماجدة عبيد، ٢٠٠٠)

«فقد وجد أن الأفراد ذوي التخلف العقلي المتوسط والشديد يواجهون صعوبات كبيرة في اختيار الخصائص المميزة للمثيرات (كاللون أو الشكل) مما يجعل عملية التميز عملية شاقة بالنسبة لهم».

إضافة لذلك يتصف أفراد هذه الفئة بتشتت الانتباه، مما يؤثر على اكتساب مهارتهم الأكاديمية الوظيفية» (جمال الخطيب، منى الحديدي، ٢٠٠٣)

وقد أوجزتها ماجدة عبيد (٢٠٠٠) كما يلي:

- يعاني الأفراد ذوو التخلف العقلي المتوسط والشديد من نقص واضح في الانتباه والتعلم التميزي بين الأبعاد المختلفة للمثيرات.
- يظهر لدى الأفراد ذوو التخلف العقلي المتوسط والشديد فرط الإحباط والشعور بالفشل، لذا يبحثون عن فرص النجاح وعلاماته من خلال الانتباه، و التركيز على تعبيرات وجه المعلم أكثر من تركيزهم على المهمة المطلوبة منهم.
- يواجه الأفراد ذوو التخلف العقلي المتوسط والشديد صعوبات في استقبال المعلومات في سلم تسلسل مراحل التعلم.
- يميل الأفراد ذوو التخلف العقلي المتوسط والشديد إلى تجميع الأشياء وتصنيفها بطريقة غير صحيحة ويعود السبب في ذلك إلى الطريقة التي يستقبلها الفرد تعليمات ترتيب أو تصنيف الأشياء.

٤- تنظيم المعلومات (الإدخال) Organizing Information

« تعد عملية تنظيم المعلومات من العمليات التي يمكن أن تزيد من فاعلية التعلم إذا ما تمت بالصورة المنظمة التي ينبغي أن تكون عليها، إلا أن الأفراد ذوي التخلف العقلي المتوسط والشديد يظهرون قصورًا في هذه العمليات، ولعل ذلك يعود إلى اضطراب التداخل بين جميع العمليات العقلية الأخرى مما يتطلب من العاملين مع أفراد هذه الفئة تنظيم المعلومات، وعرضها من خلال استراتيجيات تعمل لتنظيم المهام على زيادة أداء هذه العمليات العقلية مثل استخدام إستراتيجية التجميع Grouping، وكذلك استخدام إستراتيجية التوسيط، والمهارات المراد تعلمها » (عبدالله الوابلي وآخرون، ٢٠٠٥).

وفي حين يميل الأفراد العاديون إلى استخدام هذه. Learning Sets ومجموعات التعلم Mediators الاستراتيجيات بشكل تلقائي مما يزيد من كفاءتهم في التعلم، في المقابل لا يمكن للأفراد ذوي التخلف العقلي المتوسط والشديد استخدام هذه الاستراتيجيات بالطريقة التي يتبعها أقرانهم العاديون، وإنما هم بحاجة للتلقين (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٧).

٥- الذاكرة Memory



تعد الذاكرة من العمليات العقلية الأساسية التي يعاني الأفراد ذوو التخلف العقلي المتوسط والشديد من القصور فيها، حيث تش تمل هذه العملية على ثلاث مراحل أساسية تتضمن مرحلة استقبال المعلومات مرحلة التخزين، مرحلة الاسترجاع. وتظهر المشكلة الرئيسية لدى أفراد هذه الفئة في المرحلة الأولى لاستقبال المعلومات بسبب تدني درجة الانتباه لديهم (ضيف الله المطرودي، ١٩٩٥).

فلقد أكد ت الدراسات في هذا. إلا أن أفراد هذه الفئة لا يستوعبون الم قف التعليمي إلا بعد تكراره عدة مرات حيث إن التكرار يساعدهم على التذكر والاستفادة من مواقف التعلم المختلفة (أمل الهجرسي، ٢٠٠٢).

كذلك وجدت تلك الدراسات أن أفراد هذه الفئة يواجهون مشكلات على صعيد الذاكرة قصيرة المدى يعتقد ب أن أليس (Ellis) حيث أشار جمال الخطيب و منى الحديدي (١٩٩٧) إلى أن أليس الذاكرة قصيرة المدى Short Term Memoryتتضمن إحداث أثر في الجهاز العصبي المركزي يستمر عدة ثوان، وهذا الأثر هوStimulus على ذلك نظرية اقتفاء المثير الذي يسمح بالاستجابة السلوكية. وقد أطلق أليس (Ellis) إذ يرى أن الفرد ذوي التخلف العقلي المتوسط والشديد يواجه صعوبة في اقتفاء أثر، Trace Theory فقد Long Term Memory المثير والانتباه للمثيرات الخارجية المختلفة. أما عن الذاكرة طويلة المدى قد توصلا إلى أن الأفراد الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة يعانون من قصور في الذاكرة طويلة المدى، الأمر الذي يدعم فاعلية استخدام إستراتيجية التكرار بعد التعلم كوسيلة لتدريب الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة على التذكر وربط المهارات المكتسبة بمواقف الحياة اليومية.

٦- **انتقال أثر التعلم** Transfer of Learning

يظهر الأفراد ذوى الإعاقة الفكرية القابلين للتدريب تدني واضح في عملية نقل أثر التعلم من موقف إلى آخر وهي من الخصائص المميزة لهذه الفئة عند مقارنتهم بأداء أقرانهم العاديين، حيث عَلل الباحثون هذا القصور بفشل الفرد المعاقين فكرياً القابلين للتدريب في التعرف على أوجه الشبه والاختلاف بين الموقف المتعلم السابق والموقف الجديد. فقد ذكرت ماجدة عبيد (٢٠٠٠) أن ماكميلان (Macmillan) أشار إلى أن هناك فروق واضحة بين أطفال مراكز التربية الخاصة النهارية، وأطفال مراكز الإقامة الكاملة من حيث قدرتهم على التعرف على الدلائل المناسبة بين الموقف المتعلم السابق والجديد، بالإضافة إلى أن قدرة الفرد على نقل أثر التعلم يعتمد على مستوى التخلف العقلي، فهناك علاقة عكسية بين درجة الإعاقة والقدرة على نقل أثر التعلم. كذلك تتأثر هذه القدرة حسب طبيعة المهام التعليمية، ودرجة التشابه بين المواقف المتعلمة السابقة والجديدة.

٧- **الإدراك والتفكير** Perception& Reasoning

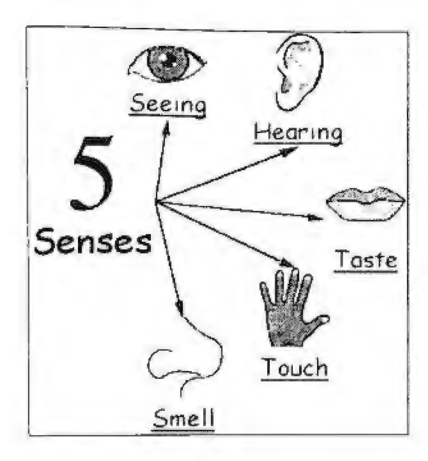
يعاني الأفراد المعاقين فكرياً القابلين للتدريب من قصور في عملية الإدراك كنتيجة لتأثر مراكز الإدراك العقلية بشدة الإعاقة. هذا بالإضافة إلى ما يعانونه من قصور في عملية

التفكير، والتي تعد من العمليات العقلية اللازمة لجمع المعلومات والخبرات التي سبق تعلمها من قبل ومن ثم إعادة تنظيمها عند مواجهة المواقف وحل المشاكل الجديدة (عمر نصر الله، ٢٠٠٢).

كذلك يظهر أفراد هذه الفئة تدني في قدرتهم على التفكير المجرد، لذا يميلون إلى استخدام التفكير المحسوس في المواقف التعليمية أشار إلى (Justen) (ضيف الله المطرودي، ١٩٩٥). وقد أوضح زيدان السرطاوي وكمال سيسالم (١٩٩٢) أن جرستن أن البحوث التي أجريت حول مقارنة نمو الإدراك والتفكير لدى فئة التخلف العقلي وأقرانهم العاديين أظهرت أن الأفراد المعاقين فكرياً القابلين للتدريب لا يستطيعون فهم الأفكار المجردة ويفشلون في إظهار التفكير الإبتكاري أو الإبداعي الذي يتناسب مع عمرهم العقلي. و على الرغم من وجود الفروق بين أداء الأفراد العاديين وذوي التخلف العقلي المتوسط والشديد في مجالي التفكير والإدراك إلا أنه يصعب الوصول إلى استنتاجات قاطعة في هذا الشأن، لذا. ينصح جميع العاملين مع هذه الفئات بالتدريب على هذه العمليات العقلية، بما يتناسب مع القدرات والإمكانيات الخاصة بكل فرد.

وإضافة إلى هذه الخصائص العقلية العامة للأفراد ذوي التخلف العقلي المتوسط والشديد أشارت علا إبراهيم (١٩٩٣) إلى وجود جوانب قصور إضافية لدى هذه الفئة، فعلى سبيل المثال وجد أنهم يعانون من ضعف في القدرة على:

- استخدام العلامات أو الإشارات أو التلميحات في المواقف التعليمية.
- الاستدلال واستخدام الاستراتيجيات التنظيمية في الكثير من مواقف التعلم.
- التخيل والتصور.
- التعلم العرضي «غير المقصود».



ثالثاً: الخصائص الحسية:

من أهم النتائج المترتبة علي القصور في القدرات العقلية و القصور في القدرات الجسمية حدوث قصور كبير في القدرات الحسية و القدرة علي التعامل مع المعلومات الحسية التي تنقلها أجهزة الحواس المختلفة (اللمس ، البصر ، السمع) هذا في حالة نقل هذه الأجهزة للمعلومات الحسية بشكل مناسب.

رابعاً: الخصائص الاجتماعية والسلوكية

Social and Behavioral Characteristics

إن الأطفال المعاقين فكرياً يتميزون بخصائص اجتماعية لا يمكننا النظر إليها بمعزل عن خصائصهم الجسمية، والعقلية، والمعرفية، واللغوية، والانفعالية حيث أن هناك علاقة وثيقة بين الخصائص الاجتماعية ، وبين تلك الخصائص فرادى أو جماعات، ومن ثم فإن القدرة المنخفضة لهؤلاء الأفراد على التكيف الإجتماعى إنما تعد نتاجا لتلك الخصائص . ومما لا شك فيه أن العديد من الأبعاد المرتبطة بالتخلف العقلي تمثل في أساسها مشكلة اجتماعية، حيث تؤدى القدرة العقلية المحدودة للطفل المعاق فكرياً به إلى قصور في قدراته على التكيف الإجتماعى ، وتجعله أقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية. ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميزة للأفراد المعاقين فكرياً كما يراها (عادل عبد الله: ٢٠٠٤ – ٨):

- قصور فى الكفاءة الاجتماعية.
- عجز عن التكيف مع البيئة التي يعيشون فيها.
- صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين.
- قصور فى القدرة على التواصل.
- تدنى مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي.
- عدم القدرة على المبادرة بالحديث مع الآخرين.

- قصور فى المهارات الاجتماعية.
- صعوبة تكوين علاقات وصداقات وعلاقات مع الآخرين.
- صعوبة القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم.
- لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع من هم فى مثل عمرهم.
- الميل إلى مشاركة من يصغرونهم سنا فى أى ممارسات اجتماعية.
- صعوبة الحفاظ على تلك العلاقات التي تكون قد تكونت لأي سبب.
- عدم القدرة على فهم وإدراك القواعد والمعايير.
- قصور فى مهارات العناية بالذات.
- قصور فى المهارات اللازمة لأداء مختلف أنشطة الحياة اليومية.
- الحساسية الاجتماعية (حيث أن الطفل المعاق فكريا من ذوى الإعاقة الفكرية يظهرون تخلفاً واضحا في إظهار القدرة على فهم وإدراك وجهه نظر الشخص الأخر أو الانخراط في الأخذ والعطاء حول وجهات النظر الاجتماعية علاوة على ذلك فأنهم لا يفهمون الآخرين بالطرق المختلفة، وينظرون للآخرين بنظرة أكثر أنانية وذاتية كما أنهم يظهرون بصيرة محدودة جدا في دوافع وخصائص الآخرين.

إن الطفل المعاق فكرياً يكون أقل قدرة على التكيف الإجتماعى والموائمة الاجتماعية، وأقل قدرة على التصرف فى المواقف الاجتماعية، ومن ثم يغلب عليه أنماط السلوك اللاتوافقي واضطراب أساليب التفاعل الإجتماعى، ووضوح مظاهر اللامبالاة وعدم الاهتمام بما يدور حوله فى البيئة المحيطة، مع عدم الشعور بالمسئولية، وسهولة الانقياد، والقابلية للإيحاء. مما يؤدى إلى ظهور أنماط من السلوك لا تتماشى مع التوقعات الاجتماعية المعيارية، وكذلك يتميز بصعوبة الانتماء للآخرين أو الارتباط بهم، وفشله فى إقامة علاقات اجتماعية أو تكوين صداقات مما يقوده للانطواء على نفسه وعدم الرغبة فى الاختلاط بالأطفال الآخرين (رمضان القذافى: ١٩٩٦، ٩٣- ٩٤).

كما أن الأطفال المعاقين فكرياً يعانون من صعوبة فى التواصل مع الآخرين حيث يفتقدون إلى المهارات اللازمة لإتمام هذا التوصل بصورة جيدة، وخاصة ما يتعلق

بالجانب اللغوى، وقدرة هؤلاء الأطفال على نطق الكلمات، ومن ثم إمتلاكهم للمبادرة بالحديث مع الآخرين، كما يظهر هؤلاء الأطفال نقصا فى المهارات الاجتماعية، ويتمثل هذا النقص فى صعوبة تكوين علاقات وصداقات مع الآخرين، أو صعوبة الحفاظ عليها إن تمت بالإضافة إلى أن لديهم قصور فى مهارات الصحة، والأمان، ومهارات العمل، والمهارات الأكاديمية، ومهارات الحياة اليومية (Davison at Neale، ١٩٩٨، ٤٢٧-٤٢٨).

ويؤكد دروى وآخرون (١٩٩٠)Drew et al أن ضعف مهاراتهم الاجتماعية يؤثر سلبا فى العمل التعاوني مع الزملاء من جانبهم والمشاركة الاجتماعية والاستجابة الاجتماعية، واستخدام اللغة المقبولة اجتماعيا. كما أن ضعف مهاراتهم اللغوية يؤثر على متطلبات التواصل مع الآخرين والتفاعل الجيد معهم. وتصنيف أسماء عطية (١٩٩٥) أنهم يعملون على تفادى الخبرات الاجتماعية المختلفة، وقد يرجع ذلك إلى وجود قصور فى نموهم الإنفعالي يؤدى بهم بجانب ذلك إلى العدوان والانسحاب الإجتماعى (عادل عبد الله: ٢٠٠٣، ٢٤).

يتضح مما سبق أن المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين فكرياً لا تصل إلى مستوى نظيرتها عند العاديين، ولكن لا يجب المبالغة فى هذا القصور عن الأطفال المعاقين فكرياً، حيث يمكن أن تتحسن مستوى مهاراتهم الاجتماعية من خلال البرامج التدريبية.

يظهر الأفراد المعاقين فكريا القابلين للتدريب مشكلات واضحة في التكيف مع البيئة الاجتماعية حيث يميلون إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية، ويميل بعضهم إلى التمرد والعدوان الموجه نحو الذات أو الآخرين (علا إبراهيم، ٢٠٠٠)، هذا إلى جانب ضعف قدرتهم على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع أقرانهم العاديين، وغالبًا ما يميلون إلى مشاركة الآخرين الأصغر منهم سنًا في نشاطاتهم الاجتماعية، والشعور بالخوف وعدم الأمان (أمل الهجرسي، ٢٠٠٢).

«لقد أشارت العديد من الدراسات في مجال تقييم طبيعة التكيف الاجتماعي إلى أن أفراد هذه الفئة أقل كفاءة في التعامل مع المواقف الاجتماعية مقارنة بالعاديين، فغالبًا ما يسهل إحباطهم ويظهرون دلائل على الصراع الداخلي وانخفاض مفهوم الذات لديهم» (زيدان السرطاوي، كمال سيسالم، ١٩٩٢)

بالإضافة إلى ذلك فأن أفراد هذه الفئة لا يملكون أنماطاً من السلوك الاجتماعي للتعامل بأسلوب هادئ ومقبول اجتماعياً مع وجود مشاعر الغضب والإحباط، مما ينتج عنه سلوك اجتماعي غير مقبول يؤدى إلى ظهور مشكلات سلوكية في البيئة الاجتماعية

وقد أكدت العديد من الدراسات أن القصور في القدرة المعرفية من العوامل الأساسية التي أدت إلى اضطراب التكيف الاجتماعي لدى الأفراد المعاقين فكريا القابلين للتدريب، ويتمثل هذا الاضطراب في قصور كل من مجال الإدراك الاجتماعي، والمهارات الاجتماعية، وعملية التفاعل الاجتماعي .

خامساً: الخصائص الإنفعاليه Emotion Characteristics

يتسم المعاقين فكرياً القابلين للتدريب من الناحية الإنفعاليه بالخصائص التالية:

أ- عدم الثبات الإنفعالى: Emotional Instability

يغلب على الانفعالية العامة للطفل إما البلادة وعدم الإكتراث أو عدم التحكم في الانفعالات (فاروق صادق: ١٩٧٨، ٢٣١). هذا لا يعنى أن الأطفال المعاقين فكرياً جميعهم يعانون من إضطراب في النمو الإنفعالى، فالمعاقين فكرياً يصنفون بحسب النمو الإنفعالى إلى فئتين: فئة مستقرة انفعاليا إلى حد ما، متعاونة ومطيعة ولا تؤذى الغير، أما الفئة الأخرى فهي فئة غير مستقرة انفعاليا، وكثيرة الحركة، وتغضب لأسباب بسيطة، متقلبة المزاج، وأحيانا تكون هادئة، وأحيانا أخرى شرسة (كمال مرسى: ١٩٩٩، ٢٤٦-٢٤٧).

ب- إضطراب مفهوم الذات: Self- Concept - Disorder

مفهوم الذات لدى المعاقين فكرياً سيء، لأنهم يتعرضون لخبرات الفشل والإحباط في البيت والمدرسة أكثر من العاديين، كما يشعرون بالدونية وعدم الكفاءة، وعدم الرضا عن الذات، والشعور بالدونية ينمى الاستعداد للقلق، والعداوة، و الإتكاليه، كما أن مفهوم الذات عند هؤلاء الأطفال غير واقعي، وتقديرهم لذواتهم غير ثابت (كمال مرسى: ١٩٩٩- ٢٨٩).

ج- الانسحاب: Withdrawal

يغلب على الطفل المعاق فكرياً النزوع إلى العزلة والانسحاب من المواقف الاجتماعية، وتدنى مستوى الدافعية الداخلية، وتوقع الفشل، بالإضافة إلى الشعور بالدونية والإحباط وضعف الثقة بالنفس كما يغلب عليه التردد، وبطء الاستجابة (عبد المطلب القريطى: ٢٠٠١، ٢٢٣ - ٢٢٤).

د- العدوان: Aggression

يرى رينفرو (١٩٩٧) Renfrewأن الأطفال المعاقين فكرياً يتميزون بعدم القدرة على التحكم في السلوك العدواني، على الرغم من أنه ليس هناك تأثيرا لسمات التخلف العقلى وأسبابه المتعددة على مثل هذا السلوك، حيث أنه في الواقع لا يرجع إلى إنخفاض نسبة الذكاء بقدر ما يرجع إلى الظروف البيئية والاجتماعية والخبرات السيئة التي يتعرض لها هؤلاء الأطفال عند تفاعلهم مع الآخرين مثل النبذ، وعدم التقبل، والعقاب من الآخرين (عادل عبدالله: ٢٠٠٣، ٧٩).

سادساً: الخصائص الشخصية:personal Characteristics

إن الانخفاض في القدرات العقلية والقصور في السلوك التكيفي لدى الأشخاص المعاقين فكرياً قد يضعهم في موقف ضعيف بالنسبة لأقرانهم العاديين، فقد ينتج إحساس لديهم بالدونية وقد يضاعف هذا الإحساس الانخفاض في التوقعات الاجتماعية منهم، حيث أن الآخرين في معظم الأحيان يعاملونهم على أنهم مختلفين أو لا يتوقعون منهم الكثير (يوسف القريوتي، ١٩٩٦، ص ٤٧).

كما أن الخصائص الشخصية للأشخاص المعاقين فكرياً تتأثر بعوامل متعددة أسوةً بتلك العوامل التي تؤثر في شخصية الأشخاص العاديين، ولكن نجد الأشخاص المعاقين ذهنياً يعانون من سلبيات ذاتية، ذات تأثير مباشر على نمو شخصيتهم وسلوكهم الاجتماعي، كما أن هناك عجز واضطراب في المهارات الشخصية والاجتماعية وعدم القدرة على التوجيه الذاتي، بالإضافة إلى صعوبة التعامل مع الأقران، وقد يصابون بالإحباط نتيجة تعرضهم المستمر لمواقف الفشل مما يؤدي إلى نمو الشعور بعدم الكفاءة لديهم كما أن عدم قدرتهم على التعبير عن حاجاتهم وعدم قدرتهم على الاتصال بالآخرين يجعلهم

أكثر عرضة للشعور بالإحباط وإن هذا الإحباط يرتبط لديهم في أغلب الأحيان بالسلوك العدواني الذي لا يتجه غالباً نحو الذات أو الآخرين ولكنه يهدف إلى جذب انتباه الآخرين (آمال مليجي، ٢٠٠٣، ص ٢٣).

سابعاً: الخصائص اللغوية والكلامية

Language and Speech Characteristics

تحتاج اللغة إلى قدرة ذهنية تمكن الفرد من فهم ما يسمع و إختيار ما ينطق به من كلمات، ومن هنا فإن قدرة الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية على التواصل اللفظي أقل من أقرانهم من الأطفال العاديين وذلك لما لديهم من قصور فى القدرات العقلية المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالقدرة على الكلام..

كما تتعدد مظاهر الاضطرابات اللغوي ة والكلامية لدى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتدريب حيث تتمثل هذه المظاهر في اضطراب الوظائف الرئيسة في اللغة الاستقبالية، والتعبيرية، وضعف الحصيلة اللغوية من مفردات، جمل، وشبه جمل، وتدني القدرة النحوية والتركيبية، واضطرابات النطق هذا وقد عَلل العديد من، كالحذف، الإبدال، الإضافة، التأتأة «(عبدالله الوابلي وآخرون، ٢٠٠٥).

كما أشار الباحثين إلى أن الصعوبات والمشاكل الكلامية التي يعاني منها أفراد الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة تعود في معظمها إلى عوامل وظيفية، وبيولوجية كاضطراب الأجهزة الحسية العصبية، والحركية المرتبطة وظائفها مباشرة بالدماغ. بالإضافة إلى ذلك ف إن مستوى الاضطراب اللغوي والكلامي يرتبط طرديًا بمستوى النمو الم عرفي، بمعنى أنه كلما انخفضت نسبة تدني القدرات العقلية كلما زاد القصور اللغوي والكلامي (عبدالله الوابلي، ٢٠٠٣).

وفى دراسة لعبد العزيز الشخص (١٩٩٧) على عينة قوامها (٦٨) طفلاً ذا إعاقة فكرية بسيطة ومتوسطة. تراوحت أعمارهم ما بين (٨-١٥) عاماً لمعرفة نسبة إضطرابات اللغة والكلام لديهم. أوضحت النتائج معاناة جميع أفراد العينة من إضطرابات النطق والكلام. وقام عبدالله الوايلى (٢٠٠٣) بدراسة لمعرفة المشكلات الكلامية لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية على عينة قوامها (١٦٧) طفلاً ذا إعاقة فكرية بسيطة ومتوسطة وتراوحت

أعمارهم ما بين (أقل من ١٠ أعوام)، (١١-١٢عام)، (١٣عاماً فأكثر). أظهرت النتائج إنتشار إضطرابات النطق وتلتها إضطرابات الصوت.

- **مشكلات الكلام Speech problems**

يعانى الأفراد المعاقين فكريا من مشكلات ذات انتشار وشيوع عاليين وخصوصا في مجال النطق كالإبدال وحذف الأصوات والتي تقلل من وضوح الكلام فمشكلات النطق والصوت من المحتمل أن تكون نتيجة للتخلف الواضح في النمو الحركي.

- **مشكلات اللغة:**

نجد الأفراد المعاقين فكريا يعانون من كثير من المشكلات اللغوية سواء كان في اللغة الاستقبالية أو اللغة التعبيرية .

تشتمل الصعوبات اللغوية الاستقبالية لدى المعاقين فكرياً على مايلي:

- مشكلات تتعلق بإدراك اللغة الاستقبالية اللفظية.
- عدم القدرة على تحديد الفكرة الرئيسية ضمن المعلومات المقدمة شفهياً.
- صعوبة تمييز الأصوات المتشابهة في المفردات أو الأرقام المقدمة بشكل شفهى.
- مشكلات متكررة في سلسلة المفردات أو الأرقام المقدمة بشكل شفهي.
- مشكلات تتعلق بادراك وفهم المعلومة أو التعليمات المجردة.
- قصور وعجز الانتباه لمعالجة التعليمات اللفظية.

تشتمل الصعوبات اللغوية التعبيرية لدى المعاقين فكرياً على ما يلي:

- صعوبة التعبير اللفظي.
- مشكلات في أسلوب المحادثة (اللغة العملية)
- استجابة غير ملائمة للأسئلة اللفظية (معاني المفردات)
- مشكلات تصاحب المهام اللفظية التي تتطلب شيئاً من الإصغاء.
- صعوبة في إعارة القصة التي تمت قراءتها عليه من قبل بصوت عالي.
- يعانى من صعوبة في فهم الأسماء التي تعود إليها الضمائر (مثل رأيت حسام وتحدثت إليه).
- يعانى من صعوبة في التركيبة النحوية.

وخلاصة القول وبعد الاستعراض العام للخصائص العامة للأفراد ذوي التخلف العقلي المتوسط والشديد والتعرف على التباين في تلك الخصائص تبعًا للفروق الفردية ليس بين أفراد هذه الفئة وإنما داخل الفرد نفسه. فليس هناك مجال للحكم بضرورة ظهور هذه الخصائص في جميع حالات التخلف العقلي المتوسط والشديد وتعميمها عليهم، وإنما يتوجب على العاملين مع أفراد هذه الفئات توظيف مثل هذه المعلومات العامة عند إعداد وتقديم البرامج التربوية و التأهيلية، و اختيار استراتيجيات التدريس التي تتناسب مع خصائص كل فرد ضمن هذه الفئات.



الفصل الخامس

الخدمات المساندة المقدمة لفئة المعاقين فكريا القابلين للتدريب

- مفهوم الخدمات المساندة
- أهداف الخدمات المساندة المقدمة للمعاقين فكرياً:
- الخدمات المساندة المطلوبة في مجال الإعاقة الفكرية وفاعليتها في دعم العملية التعليمية لهم.

١- خدمة الصحة المدرسية.

٢- خدمة النفسية المدرسية.

٣- خدمة الإرشاد المدرسي.

٤- خدمة علاج اللغة والكلام.

٥- خدمة العلاج الطبيعي.

٦- خدمة العلاج الوظيفي.

٧- خدمات النقل والمواصلات.

الفصل الخامس

الخدمات المساندة المقدمة لفئة المعاقين فكريا القابلين للتدريب

مفهوم الخدمات المساندة:

لقد عبرت العديد من المصطلحات عن مصطلح الخدمة المساندة في التربية الخاصة بتعابير مختلفة ومن تلك المصطلحات مصطلح الخدمات المساعدة Assistant Services ومن تلك المصطلحات أيضًا مصطلح الخدمات Ancillary Services، ومصطلح الخدمات المشتركة Allied Services، وكذلك منها مصطلح الخدمات المعينة الداعمة Support Services الخدمات ذات العلاقة أو ذات الصلة أو المرتبطة. Related Services وأخيرًا مصطلح الخدمات المساندة. (عبد الله الوابلي، ١٩٩٦).

عرفها عبدالله الوابلي (١٩٩٦، ص ١٩٥) «بأنها تلك الخدمات الضرورية التي يمكن من خلال معطياتها أن تساعد الطفل المتخلف عقليا على الاستفادة من البرامج التعليمية الخاصة المقدمة له».

كما تعرف القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة التابعة لوزارة المعارف في المملكة العربية السعودية (١٤٢٢ هـ) الخدمات المساندة «بأنها تلك البرامج التي تكون طبيعتها الأساسية غير تربوية، ولكنها ضرورية للنمو التربوي للتلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، مثل العلاج الطبيعي والوظيفي وتصحيح عيوب النطق والكلام، وخدمات الإرشاد النفسي».

عرف صالح هارون (٢٠٠٤) الخدمات المساندة بأنها « تلك الخدمات الضرورية التي من خلالها يتم مساعدة الطفل المعوق على تخطي تلك العوائق الناجمة عن العجز والتي لا تمكنه من الاستفادة بأكبر قدر ممكن مما. يقدم له من تربية خاصة تعكس احتياجاته الفريدة».

ومن التعريفات السابقة للخدمات المساندة نجد أن الهدف الرئيسي من تقديم الخدمات المساندة للأفراد الذين لديهم إعاقات بما فيهم التلاميذ المعاقين فكرياً هي تمكينهم من الاستفادة القصوى من خدمات وبرامج التربية الخاصة.

أهداف الخدمات المساندة المقدمة للمعاقين فكرياً:

مما سبق نلاحظ أن الهدف من تقديم الخدمات المساندة للمعاقين فكرياً هو تقديم الدعم المناسب لهم لما يحقق الاستفادة القصوى من البرامج التعليمية الخاصة المقدمة لهم، ويشير قانون تربية الأفراد الذين لديهم وتهيئتهم لحياة معيشية مستقلة قدر الإمكان. ولتحقيق هذه الهدف فلابد من وجود منظومة تكاملية تسهم في الوصول لهذا الهدف

والتي تتضمن بعدين رئيسين:

البعد الأول: تحديد أهلية التلاميذ المعاقين فكريا للخدمات المساندة

من خلال عملية تحديد أهليتهم لخدمات التربية الخاصة، ويعمل الفريق متعدد التخصصات multidisciplinary team على تقييم جميع الجوانب التي تحتاج للدعم من خلال تلك الخدمات. ومن أبرز الجوانب التي يتم تقييمها الجانب الصحي والبصري والسمعي، والجانب الاجتماعي والعاطفي والقدرات العقلية، كذلك جانبي الأداء الأكاديمي، والتواصلي، إضافة إلى جانب القدرات الحركية، وبالتالي فان عملية التقييم تأخذ طابع الشمولية وذلك باستخدام أدوات وإستراتيجيات متنوعة يمكن من خلالها جمع معلومات تساعد في عملية تحديد أهلية هؤلاء التلاميذ للخدمات المساندة.

البعد الثاني: الآلية في تقديم الخدمات المساندة للتلاميذ المعاقين فكرياً

والعمل على تقديمها لهم بإتباع الأسلوب الفردي الذي يهدف إلى تلبية احتياجات كل تلميذ على حدة وبشكل فردي، حيث يمكننا أن نشير إلى وجود ارتباط بين توفير الخدمات المساندة المناسبة وضرورة وجود البرنامج التربوي الفردي، ويعد هذا الارتباط أحد أهم الأهداف التي تسعى إليها الخدمات المساندة للوفاء بالاحتياجات الفردية للتلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة بما فيهم التلاميذ المعاقين فكرياً.

وتأسيسًا على ما تقدم فإن البرنامج التربوي الفردي الذي يتم رسمه لمواجهة تلك الاحتياجات الفردية من خلال الخدمات المساندة ينبغي أن يأخذ بعين الاعتبار الجوانب التالية:

١- **كثافة الخدمة المساندة:** وذلك من خلال تحديد عدد الجلسات التي يحتاجها التلميذ المعاق فكرياً عند تلقيه الخدمة المساندة، فقد يحتاج التلميذ جلسة كل يوم أو جلستين وهذا يحدده طبيعة القصور الذي يعاني منه التلميذ.

٢- **مكان تقديم الخدمة المساندة:** ويتم إيضاح المكان الذي يجب أن تقدم به الخدمة هل هو الصف، أم غرفة العلاج الطبيعي... الخ.

٣- **المسئول عن تقديم الخدمة المساندة:** وقد يتم تحديد الأخصائي الذي يضطلع بتقديم تلك الخدمة.

٤- **الفترة الزمنية اللازمة لتقديم الخدمة المساندة:** حيث يتم تحديد الفترة الزمنية التي يحتاجها التلميذ لتقديم الخدمات المساندة له. وكذلك كتابة التوصيات اللازمة لتطبيق البرنامج التربوي الفردي والمطلوب تنفيذها من قبل المعلمين، والأسرة، والعاملين الآخرين مع التلاميذ المعاقين فكرياً.

الخدمات المساندة المطلوبة في مجال الإعاقة الفكرية وفاعليتها في دعم العملية التعليمية لهم.

أولاً: خدمة الصحية المدرسية Health – school service Health – school service

وهى تمثل « تلك التدخلات والإجراءات الصحية المناسبة التي تستخدم للحد من العجز في وظيفة عضو ما في الجسم ».

كما يشير إليها عبدالله الوابلي (١٩٩٦) بأنها تلك التسهيلات الصحية التي ستعمل على دعم الاستقرار الصحي للطفل في المدرسة وذلك في ضوء احتياجاته الصحية المرتبطة بتعليمات الطبيب المختص.

وتعتبر الخدمة الصحية المدرسية أحدى الخدمات المساندة للتلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية، حيث يظهر هؤلاء التلاميذ مشكلات صحية مختلفة والتي قد تتمثل في الصرع، ومرض السكري وغيرها، حيث أن الأفراد ذوي التخلف العقلي يعانون من مشاكل

صحية تتمثل في نوبات صرعية حادة وأمراض قلبية خلقية ومرض السكري إضافة إلى الالتهابات والأمراض التنفسية كالربو. كما يعانون أيضا من مشكلات كبيرة في الأسنان حيث أن أكثر من ٥٠٪ لديهم تشوهات الأسنان، حيث تقدر الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (١٩٨٧) من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من مشكلات كبيرة في الأسنان والتي قد تعود لأسباب خلقية أو مكتسبة. كما يضيف توماس ان المعاقين فكرياً يعانون من مشاكل صحية متعلقة باضطراب التمثيل الغذائي والذي يترتب عليه أعراض مرضية عديدة (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٧).

إن الأدوار الهامة التي يضطلع بها أخصائي الخدمة الصحية المدرسية تتلخص في تقديم الرعاية الصحية الخاصة للتلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية، والتي تعمل على تلبية الاحتياجات الصحية المختلفة لهم وإجراء الترتيبات الضرورية داخل الصف الدراسي بشكل يتناسب مع أوضاعهم الصحية الفريدة، والتي من شأنها أن تدعم عمل هيئة التدريس في المؤسسات التعليمية التي تقدم خدماتها لهم مما يسهم في زيادة تفاعل هؤلاء التلاميذ مع البرامج التربوية الخاصة وجعل استفادتهم منها فاعلة.

ثانيًا – الخدمة النفسية المدرسية School Psychological Service:

وهى تلك الخدمات التي تشمل تقييم الطفل ومواجهة المشكلات السلوكية التي تؤثر على استفادته من البرامج التعليمية الخاصة المقدمة له. وتعد هذه الخدمة من أبرز الخدمات التي يحتاجها التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية والتي يمكن من خلالها العمل على تحديد أهلية هؤلاء التلاميذ لخدمات التربية الخاصة في مجال الإعاقة الفكرية من خلال البعد المتعلق بالقياس النفسي والمرتبط بتطبيق مقاييس الذكاء كمقياس ستانفورد بينيه ووكسلر، كما أن ما يظهره هؤلاء التلاميذ من مشكلات سلوكية مختلفة كالعدوانية والنشاط الزائد يجعل هناك حاجة ملحة لدور الأخصائي النفسي في تقييم وتحديد تلك المشكلات وإعداد البرامج العلاجية المناسبة مثل برامج تعديل السلوك وذلك ضمن إطار دور تكاملي مع فريق العمل من المعلمين والأخصائيين الآخرين لتحقيق الهدف المنشود من تلك البرامج.

و الأخصائي النفسي هو الشخص الذي يقوم بتطبيق الأدوات والمقاييس والوسائل النفسية وغيرها على التلاميذ وإعداد البرامج العلاجية النفسية والسلوكية اللازمة لكل حالة.

مهام الأخصائي النفسي:

١- إجراء عمليات القياس والتشخيص للتلاميذ المتقدمين والمحولين إلى معاهد أو برامج التربية الخاصة مستخدما أدوات القياس الرسمية مثل: مقاييس الذكاء المقننة ومقاييس السلوك التكيفي، وغير الرسمية مثل: المقابلة والملاحظة وقوائم الشطب.

٢- إعداد التقارير النفسية متضمنة أهم نتائج القياس، والتوصيات، والمقترحات الخاصة بكل حالة.

٣- متابعة حالة التلاميذ، وخاصة المستجدين، والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها، وإعداد الخطط العلاجية اللازمة.

٤- المشاركة في فريق العمل المدرسي الخاص بالخطة التربوية الفردية.

٥- المشاركة في المجالس واللجان ذات العلاقة بعمله.

٦- متابعة الحالات النفسية للتلاميذ المحولين إلى مدارس التعليم العام ومساعدتهم للتغلب على المشاكل التي قد يواجهونها.

٧- التوصية بإحالة التلاميذ الذين يعانون من أمراض نفسية إلى الطبيب النفسي ومتابعة البرنامج العلاجي المقرر لكل حالة.

٨- المشاركة في إعداد البرامج التوعوية الخاصة بالتلاميذ والعاملين معهم وأولياء أمورهم.

٩- إعادة تشخيص وتقويم التلاميذ كلما دعت الحاجة إلى ذلك.

١٠- المشاركة في الدراسات، والأبحاث، والدورات، والندوات، والمؤتمرات في مجال اختصاصه.

كما يمكن للأخصائي النفسي أن يقوم بعمل دراسة الحالة للمعاقين فكرياً وكتابة التقرير النفسي عن الحالة وما يجب الالتزام به تجاه الطفل المعاق فكرياً.

إلا أن دور الأخصائي النفسي يمكن أن يتخطى القيام بدراسة حالة التلميذ الذي لديه تخلف عقلي ومعرفة بعض المشكلات التي تعيق سلوكه التكيفي أو عملية التعّلم لديه، والتغلب عليها إلى دراسة ومعرفة الظروف المحيطة بتلك المشاكل والعمل على مواجهتها أو الحد من أثارها. كما يشير بعض المختصين في مجال

التربية الخاصة إلى عدد من المهام والوظائف التي يمكن تقديمها من خلال الخدمات النفسية الموجهة للتلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة ومنها دراسة حالة التلميذ والتشاور مع أعضاء الفريق متعدد التخصصات في نتائج الاختبارات النفسية وتخطيط وإدارة برامج الخدمات النفسية. الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي لخدمة التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية في مايلي:

ويلخص أدونكان Aduncan ٢٠٠٠

أولا: عملية التقييم Assessment Process:

يبرز دور الأخصائي النفسي في عملية التقييم في الجوانب التالية:

أ) تحديد أهلية الطفل لخدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة.

ب) تقويم مدى تقدم التلميذ وتعديل استراتيجيات التدريس.

ج) تطوير، وتقويم، ومتابعة أنشطة برامج التدخل.

د) تحديد العوامل المسئولة عن حدوث سلوك التلميذ.

ثانيًا - عملية التدخل Intervention Process

أ) تطبيق برامج التدخل المناسبة ليستفيد التلميذ أكاديميًا، وسلوكيًا.

ب) إرشاد التلميذ، وأسرته عن تلك الخدمات التي يمكن الاستفادة منها.

ج) تطبيق برامج التدخل بالتعاون مع الوالدين، والمعلمين والتدريب على المهارات الاجتماعية، وإدارة السلوك، وبرامج التحكم الذاتي.

ثالثًا - الاستشارة Consultation

تعد الاستشارة أحد الأبعاد الهامة في تمكين التلاميذ ذوي التخلف العقلي للاستفادة من تلك البرامج التعليمية والسلوكية المقدمة لهم سواءً كانت بين الوالدين والمعلمين أو العاملين الآخرين في تطبيق عملية التقويم أو برامج التدخل المناسبة لكل حالة.

رابعًا - تقويم البرنامج Program Evaluation

التقويم المستمر لفعالية برامج التدخل المقدمة للتلاميذ ذوي التخلف العقلي سواء داخل الصف، أو حتى تلك البرامج المتعلقة بالبيئة الخارجية سواء في المنزل أو في المجتمع المحلي يعتبر مطلبا أساسيًا من جانب الأخصائي النفسي.

خامساً - برامج دعم الوالدين Parent Support Programs

أ) دعم الخدمات التي تزود للآباء في تطبيق برامج التدخل.

ب) تدريب الآباء على تلك المهارات الاجتماعية، والأكاديمية، ومهارات العيش باستقلالية ليتم تطبيقها مع التلميذ ذوي التخلف العقلي في المنزل.

كما أن هناك مهام أخرى يمكن أن يقوم بها الأخصائي النفسي نستطيع القول أن مدى فاعلية الخدمة النفسية في تمكين التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية للاستفادة القصوى من البرامج التربوية الخاصة المقدمة لهم إنما يتمثل في توظيف نتائج الاختبارات الرسمية وغير الرسمية بشكل مناسب عند إعداد وتنفيذ وتقويم البرامج التعليمية المقدمة لهم، إضافة إلى مساهمتها في الكشف عن المشكلات المعرفية والأكاديمية التي تؤثر على استفادتهم من هذه البرامج، كذلك ما تمثله عملية التواصل المستمرة بين المعلمين والآباء من جانب والأخصائيين النفسيين من جانب آخر من دور فاعل في مواجهة تلك السلوكيات التي يظهرها بعض هؤلاء التلاميذ كالعدوانية والنشاط الزائد والتي يمكن أن تعزز بشكل كبير استفادتهم من تلك البرامج.

ثالثاً - خدمة الإرشاد المدرسي School Counseling Service

يمكن وصف خدمة الإرشاد المدرسي «بأنها علاقة مهنية بين مرشد ومسترشد بحيث يسعى المرشد فيها إلى مساعدة المسترشد على مساعدة نفسه بنفسه، ويتحقق ذلك بتوفير فرص التعلم والتطور للمسترشد ليتسنى له الاختيار وحل المشكلات الانفعالية أو التربوية أو كما يعرف قانون تربية الأفراد الذين لديهم: المهنية وغيرها»(جمال الخطيب، ٢٠٠٣).

وتشير القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة التابعة لوزارة المعارف بالمملكة العربية السعودية (١٤٢٢ هـ) في المادة الواحدة والخمسون منها لمفهوم خدمة الإرشاد الطلابي «بأنها تلك الخدمة التي تقدم من قبل المرشد الطلابي والذي يقوم بمساعدة التلميذ

على فهم ذاته، ومعرفة قدراته والتغلب على ما يواجهه من صعوبات ليحقق التوافق النفسي والتربوي والاجتماعي والمهني لبناء شخصية سوية في إطار التعاليم الإسلامية، وتعويده الاعتماد على نفسه لحل مشكلاته واكتشاف مواهبه» إن ما يظهره التلاميذ ذوي التخلف العقلي من مشكلات تحول دون تكيف هؤلاء التلاميذ مع البيئة المدرسية إضافة إلى ما يواجهونه من مشكلات تعليمية وانفعالية واجتماعية خلال مسيرتهم التربوية، وما تفرضه حالة التخلف العقلي لدى الأسرة من إنكار لوجودها لدى طفلهم، وقصورًا في فهم الأدوار المناطة بهم للتعامل مع الوضع الجديد لابنهم، إضافة

إلى ما يحمله التلاميذ العاديون من اتجاهات سلبية نحو هؤلاء التلاميذ. إن جميع تلك المشكلات تستوجب العمل على تلبيتها من خلال تقديم خدمة الإرشاد المدرسي لهؤلاء التلاميذ وأسرهم.

رابعًا - خدمة علاج اللغة والكلام Speech & Language Therapy Service

تعد خدمة علاج اللغة والكلام من الخدمات المساندة الهامة في مجال الإعاقة الفكرية بأنها تلك الخدمة التي تقدم لمحاولة علاج اضطرابات النطق واللغة والكلام التي يعانى منها اغلب التلاميذ المعاقين فكرياً حيث أن العوامل التي تؤثر على المستوى اللغوي والكلامي لدى فئات المعاقين فكرياً ترتبط في المقام الأول بمستوى القدرة العقلية التي يتمتع بها أفراد هذه الفئة، حيث تؤكد الدراسات في هذا السياق على وجود علاقة وثيقة بين مستوى النمو المعرفي واللغوي بحكم العلاقة الارتباطية التي تربطهما معًا مباشرة بالقدرة العقلية». (عبدالله الوابلي، ٢٠٠٣)

وفي هذا الصدد كشفت العديد من الدراسات عن تلك المشكلات اللغوية التي

يظهرها التلاميذ المعاقين فكرياً ومن ذلك فأن أكثر المشكلات اللغوية شيوعًا كما أشار كلا من هالاهان وكوفمان (Halhan & Kauffman) لدى التلاميذ المعاقين فكرياً تظهر في التأتأة والحذف والإبدال وضعف الحصيلة

وأيضاً مشكلات النطق و التأتأة، وقلة عدد المفردات اللغوية، وضعف بناء القواعد اللغوية (فاروق الروسان، ١٩٩٦).

ومن هذا المنطلق تبرز جوانب اللغة والكلام في مقدمة تلك المجالات التي تستدعي تدخلا فاعلا ورعاية مكثفة لهؤلاء التلاميذ، حيث يمكن أن تلعب خدمة علاج اللغة والكلام هذا الدور متى ما تم ممارستها بشكل فاعل مع التلاميذ المعاقين فكرياً وبأسلوب يعمل على مواجهة القصور في تلك الجوانب عند مراجعته للأدبيات التي تناولت اللغة والكلام للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية حيث توصل إلى إجماع الكثير منها عن حاجة هؤلاء الأطفال لخدمة علاج اللغة والكلام بشكل كبير نظير ما يعانونه من خصائص لغوية ترتبط بعجزهم عن إدراك اللغة في محيطهم الأسري والمدرسي.

وكذلك نجد أن أخصائي علاج اللغة والكلام تناط به أدوار ومسؤوليات معينة يمكن من خلالها أن تصبح عملية تقديمه لهذه الخدمة للتلاميذ المعاقين فكرياً

ومن تلك الأدوار ما أشار إليها قانون تربية الأفراد الذين لديهم إعاقات (١٩٩٧ والمتمثلة في تحديد التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات لغوية أو كلامية وتصميم البرامج المحددة لهم وإحالة تلك الحالات التي تحتاج للتدخل الطبي لتلقي العلاج التأهيلي، إضافة إلى إرشاد اسر أولئك التلاميذ ومعلميهم للتعامل مع تلك الاضطرابات.

لقد أكدت القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة التابعة لوزارة المعارف ١٤٢٢ هـ) في المادة السابعة والأربعين منها على مهام أخصائي علاج اللغة والكلام والتي تتمثل في تشخيص اضطرابات التواصل لدى التلاميذ بغرض تحديد طبيعة الخدمات التي يحتاجونها والتوصية بتحويل الحالات التي تحتاج إلى تدخل طبي إلى الجهات المختصة وإعداد الخطط التأهيلية (الفردية - الجماعية) قصيرة وطويلة المدى والعمل على تنفيذها في ضوء الخطة التربوية الفردية، إضافة إلى متابعة تقويم كل تلميذ على حدة بشكل دوري (أسبوعي - شهري) للتعرف على مدى استفادة التلميذ من الخطة التدريبية العلاجية واطلاع الأسرة على الخطة الفردية العلاجية التدريبية للتلميذ، وإشراكها في مراحل إعداد تلك الخطة، وتنفيذها، وتقويمها والتعاون مع معلمي المواد لمتابعة حالات التلاميذ ذوي اضطرابات التواصل، وزيادة كفاءة التدريب الخاص بهؤلاء التلاميذ والعمل على رفع مستوى أدائهم والمشاركة في اللجان وفرق العمل التربوية والطبية داخل المدرسة وخارجها، و العمل على تحقيق الاستفادة القصوى للتلاميذ من المعينات السمعية الفردية

والجماعية وبرامج التدريب السمعي وغيرها وأخيرًا العمل على نشر الوعي الإرشادي العلاجي بشأن اضطرابات التواصل وأسبابها، وأساليب التخفيف من آثارها، وطرق التعامل معها.

خامساً- خدمة العلاج الطبيعي Physical Therapy Service

مفهوم خدمة العلاج، لقد تناول قانون تربية الأفراد الذين لديهم إعاقات الطبيعي حيث يشير إليها بأنها تلك الخدمة التي تزود من قبل أخصائي العلاج الطبيعي والذي بدوره يضع الترتيبات المناسبة والتي من شانها أن تعمل على تقوية العضلات، وتنمية القدرة الحركية، وتنظيم حركه الفرد الذي يعاني من مشكلة حركية، ومنع تطور العجز الحركي من خلال فهم حركة الجسم والعمل على تصحيح ذلك العجز وجعل انتقال التلميذ الذي يعاني من مشاكل حركية في البيئة التربوية سليمًا. مفهوم خدمة العلاج الطبيعي بأنه فن وعلم.

كما تشير القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة بوزارة المعارف ١٤٢٢ هـ) في المادة الخامسة والخمسون منها إلى مفهوم العلاج الطبيعي «بأنها تلك الخدمة التي تقدم من قبل أخصائي العلاج الطبيعي الذي يخطط وينفذ برنامج العلاج الطبيعي للتلاميذ المحولين للعلاج من أجل تأهيل وإعادة تأهيل الوظائف الحركية والمحافظة عليها، وتخفيف الألم، ومنع حدوث التشوهات أو العجز كلما أمكن ذلك «. في حين تشير الجمعية الأمريكية (American Physical Therapy Association) إلى هذه الخدمة بأنها تلك للعلاج الطبيعي الخدمة التي تعتمد على فهم الروابط بين جميع أجزاء الجسم، والتعامل مع الحالة من خلال عملية الفحص ثم التشخيص وحتى علاج المشكلة الحركية، ثم تعليم الشخص الذي يعاني من مشكلة حركية كيفية الاعتناء بهذه المشكلة عن طريق التمرينات المناسبة والأسلوب الأمثل لاستخدام الجسم والحصول على القوة والمرونة الملائمة لمنع انتكاسة الإصابة أو تكرارها وبشكل عام، فإن ما يعانيه التلاميذ ذوي التخلف العقلي من مشكلات حركية متعددة والتي من أبرزها ضعف التآزر الحركي والذي قد يظهر في صورة مشية مقصَية، إضافة إلى كمهارات المشي والجري والوثب، Gross Motor Skills قصور في المهارات الحركية الكبيرة عند مراجعته للبحوث التي تناولت المهارات الحركية للتلاميذ

ذوي (Malpass) وشير مالباس التخلف العقلي أن هؤلاء التلاميذ يظهرون قصورًا في المهارات الحركية الكبيرة سواء كانت هذه المهارة في صورة قوة أو سرعة أو دقة (فاروق صادق، ١٩٨٢)، كما استنتج أيضا أن هؤلاء التلاميذ يظهرون قصورا في أداء الوظائف الحركية.

كما أشار كمال سيسالم (٢٠٠٤) إلى أن التلاميذ ذوي التخلف العقلي يعانون من قصور في التوازن الحركي لذا يحتاجون لتدريبات حركية معينة لتنمية التآزر الحركي وتنمية القدرات الحركية بشكل عام. إن ما تظهره الدراسات السابقة من مشكلات في الجانب الحركي للتلاميذ ذوي التخلف العقلي تتطلب العمل على مواجهة القصور في هذا الجانب والذي يمكن أن يكون من خلال تقديم خدمة العلاج الطبيعي لهؤلاء التلاميذ حيث تعمل هذه الخدمة على منع تطور العجز وتنمية المهارات الضرورية التي تساعد هؤلاء التلاميذ على التكيف والاستقلالية في جميع الأوضاع الحياتية. ومما يؤكد على أهمية هذه الخدمة للتلاميذ ذوي التخلف العقلي الذين يعانون من مشاكل حركية.

وبناء على ما سبق يمكننا القول أن الغاية الرئيسية التي تسعى إليها خدمة العلاج الطبيعي مع التلاميذ ذوي التخلف العقلي تتمثل في محاولة إعادة تلك الوظائف المفقودة إلى وضعها الطبيعي قدر الإمكان، ومنع تطور العجز أو الحد من التغيرات الوظيفية الجسمية أو الصحية الناجمة عن الإصابة بمرض ما. أما فيما يتعلق بطبيعية الأدوار والمهام التي تقع على عاتق أخصائي العلاج الطبيعي عند تقديم خدماته للتلاميذ ذوي التخلف العقلي، فقد أشار قانون تربية الأفراد الذين لديهم إلى بعض تلك المهام ومنها دوره في توفير المعالجة لزيادة ومشاركة المفاصل وتقوية العضلات لتتمكن من القدرة على التحمل، والعمل على تنمية مهارات التحرك الكلي التي تعتمد على العضلات الكبيرة في الجسم والمساعدة في تحسين الوقفة والمشية لدى هؤلاء التلاميذ، إضافة إلى دوره في تحديد طبيعية الأجهزة التعويضية أو المعينات الحركية التي يحتاجها التلميذ لمواجهة جوانب القصور الحركي لديه.
ومن جهة أخرى تشير القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة التابعة لوزارة المعارف ١٤٢٢ هـ) إلى أن تلك المهام التي يضطلع بها أخصائي العلاج الطبيعي مع هؤلاء التلاميذ.

تتركز في تقييم الحالة المرضية لكل تلميذ من خلال نتائج الاختبارات والمقاييس بغرض وضع خطة علاجية مناسبة تتضمن الوسائل العلاجية المستخدمة والأهداف المتوخاة من العلاج المقترح وتنفيذ الخطة العلاجية لكل تلميذ ومراجعتها كل فترة حسب طبيعة الحالة وتطوير تلك الخطة بما يتفق مع تقدم الحالة من أجل تحقيق الأهداف المرجوة، ومناقشة حالة التلميذ مع الطبيب المختص، إضافة إلى تسجيل جميع البيانات ونتائج الاختبارات وما يطرأ على حالة التلميذ من تغير وإرشاد وتعليم التلميذ وأسرته إلى كيفية إتباع طريقة العلاج حول المسؤوليات التي توكل إليه في العلاج الطبيعي وتطبيقه بطريقة سليمة بالمنزل.

وعلى أخصائي العلاج الطبيعي تقديم خدمات عديدة للتلاميذ الذين يعانون من مشاكل حركية ومنها تدريبهم على المشي حتى يتمكنوا من إتقان المشي الوظيفي والذي يمكنهم من الانتقال ضمن البيئة التربوية، والعمل على تنمية مهارات حركة التنقل لديهم مما يساعدهم على النجاح في ممارسة المهارات اللازمة كالجلوس على الكرسي، أو المهارات الأساسية للحياة اليومية كاستخدام الحمام مثلا. إضافة إلى تقديم التوصيات للأسرة والتي تشارك في التدريب باستخدام المواد، والمعينات الموصى بها من قبل أخصائي العلاج الطبيعي للوصول من خلالها إلى الاستقلالية قدر الإمكان سواء في البيئة المنزلية أو حتى المجتمع المحلي. وخلاصة القول إن فاعلية خدمة العلاج الطبيعي ترتبط بمدى دعم استفادة التلاميذ ذوي التخلف العقلي من البرامج التعليمية المقدمة لهم وذلك من خلال مواجهة المشكلات الحركية التي قد يظهرها هؤلاء التلاميذ والوصول بهم إلى درجة الاستقلالية قدر الإمكان في جميع الأنشطة الحركية وتنمية المهارات الحركية المتوافرة لديهم ليتمكنوا من الانتقال الحركي الآمن داخل البيئة المدرسية والاستفادة من جميع المصادر التعليمية المقدمة لهم.

سادساً - خدمة العلاج الوظيفي Occupational Therapy Service

إلى أن برامج العلاج الوظيفي تعتبر من العناصر الأساسية التي تستند إليها برامج التربية الخاصة حيث يقوم بالإشراف عليها أخصائي العلاج الوظيفي والذي يرتكز عمله على تنمية المهارات الحركية اللازمة للتعامل مع عناصر العملية التعليمية بالمدرسة، ويمكن تعريف خدمة العلاج الوظيفي والذي يشير إليها بأنها تلك الخدمة التي تقدم من قبل أخصائي العلاج الوظيفي وذلك بهدف تحسين أداء الشخص وزيادة استعداداته للاستقلالية ومنع

تطور العجز الحركي لديه. في حين يرى قانون تربية

وهناك من يميز بين خدمة العلاج الطبيعي Physical Therapy Service وخدمة العلاج الوظيفي Occupational Therapy Service ومن ذلك ما يشير إليه كمال سيسالم (٢٠٠٤) بأن خدمة العلاج الطبيعي تركز على تنمية المهارات الحركية الكبيرة والتي تعتبر هامة في عملية التنقل والحركة، بينما خدمة العلاج الوظيفي تركز على تنمية المهارات الحركية الدقيقة.

وركز العديد من الباحثين على أهمية دور خدمة العلاج الوظيفي في دعم التلاميذ الذين لديهم إعاقة بما فيهم التلاميذ ذوي المعاقين فكرياً للاستفادة من البرامج التربوية الخاصة المقدمة لهم.

أما فيما يتعلق بطبيعية الدور المناط بأخصائي العلاج الوظيفي عند تقديمه لخدمة العلاج الوظيفي للتلاميذ ذوي التخلف العقلي الذين يعانون من مشاكل حركية فقد أشارت القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة التابعة لوزارة المعارف، ١٤٢٢ هـ) في المادة السابعة والخمسون منها على طبيعية الدور الذي يقوم به هذا الأخصائي)

بأنه ذلك الشخص المختص والمسئول عن تنمية المهارات الحسية - الإدراكية للتلاميذ الذين يحتاجون خدمة العلاج الوظيفي. كما أشارت هذه القواعد في المادة الثامنة والخمسون إلى تلك الأدوار التي يمكن أن يقوم بها هذا الأخصائي والمتمثلة في التعرف على التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة ضمن الفريق المختص والقيام بالتقويم الشامل للتلميذ بهدف التعرف على احتياجاته من خدمات العلاج الوظيفي والمشاركة في إعداد وتنفيذ وتقييم ومتابعة الخطط التربوية الفردية للتلاميذ، وتقييم مهارات ما قبل الكتابة، ومهارات الحركة الدقيقة، والتآزر الحركي، والعمل على تنمية جوانب القصور فيها، إضافة إلى تدريبهم على استخدام الأطراف الاصطناعية والأجهزة التعويضية (حسب الحاجة) وأخيرًا تقديم الخدمات الاستشارية للمعلمين وأسر التلاميذ فيما يخص تنفيذ برامج العلاج الوظيفي.

وفي ضوء ماسبق يمكننا القول أن مدى فاعلية خدمة العلاج الوظيفي في دعم استفادة التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية من البرامج التعليمية الخاصة المقدمة لهم، وزيادة تفاعلهم

مع العملية التعليمية يتحدد من خلال تنمية الجوانب الحركية اللازمة لاكتساب المهارات الأكاديمية الأساسية كالكتابة والقراءة والحساب، إضافة إلى أن هذه الخدمة تعمل على مساعدة هؤلاء التلاميذ لتحسين قدراتهم فيما يتعلق بمهارات الحياة اليومية وبيئات العمل وإنما تعمل Fine Motor Skills حيث أنها لا تركز فقط على تنمية المهارات الحركية الدقيقة على تعويض أداء الجزء المفقود أو التآلف كما تهدف أيضا إلى الوصول بالتلميذ الذي يعاني من مشاكل حركية إلى الاستقلالية والتكيف مع البيئة المدرسية بجوانبها المختلفة.

سابعاً - خدمات النقل والتنقل Mobility and Transportation Services

تحظى خدمات النقل والتنقل كخدمة مساندة بأهمية خاصة في دعم استفادة التلاميذ ذوي التخلف العقلي من البرامج التعليمية المقدمة لهم وزيادة تفاعلهم معها من خلال ما تقدمه هذه الخدمة من مساعدة هؤلاء التلاميذ على الانتظام في المؤسسات التعليمية التي تقدم خدماتها لهم، بل يمكننا القول انه في بعض الحالات لا يستطيع هؤلاء التلاميذ الاستفادة من تلك البرامج إلا مع توفر وسائل النقل المناسبة لهم إضافة إلى ضمان مشاركتهم في تلك الفعاليات والأنشطة اللاصفية كالرحلات والزيارات والتي تسعى إلى تحقيق الأهداف التعليمية المطلوبة لهؤلاء التلاميذ، كما أن خدمة النقل قد يمتد دورها ليشمل نقل أسر أولئك التلاميذ إلى تلك المؤسسات ومشاركتهم في إعداد البرامج التعليمية أو السلوكية الخاصة بالتلاميذ و تنفيذها وتقويمها.

ولقد طرح مفهوم خدمة النقل والتنقل في القانون العام لتربية الأفراد الذين لديهم إعاقات حيث يشير إلى أنها تلك الخدمة التي تشمل وسائل نقل التلاميذ الذين لديهم إعاقات من المنزل للمدرسة والعكس كذلك، إضافة إلى توفير المعدات اللازمة للتنقل داخل المدرسة كالمصاعد الكهربائية والكراسي المتحركة.

قد تشمل وسائل النقل المعدلة أو المكيفة لتتناسب مع احتياجاتهم الخاصة، بالإضافة إلى وسائل التنقل الأخرى كالكراسي المتحركة، والمصاعد الكهربائية، والرافعات الخاصة والتي من شأنها تسهيل تنقل هؤلاء التلاميذ داخل البيئة المدرسية ليستفيدوا من البرامج

التربوية

والتعليمية التي يمكن أن تقدم لهم. ومن جانب آخر تظهر الحاجة الملحة لتوفير وسائل التنقل المعينة على انتقال التلاميذ المعاقين فكرياً داخل البيئة المدرسية ومحيطها وخصوصا تلك الحالات التي تعاني من مشاكل أخرى مصاحبة لحالة التخلف العقلي كالإعاقات الجسدية والبدنية حيث لا يستطيع هؤلاء التلاميذ الاستفادة من المصادر التعليمية أو المشاركة في الفعاليات والأنشطة اللاصفية

المقدمة لهم إلا من خلال تقديم المعينات سواءً كانت مصاعد كهربائية أو كراسي متحركة أو غيرها من المعينات الأخرى.

وبناء على ما سبق نستطيع القول أنه يمكن لخدمة النقل والتنقل أن تلعب دورًا فاعلا مع التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية من خلال نقل هؤلاء التلاميذ لتلقي الخدمات التربوية والتعليمية المناسبة في المؤسسات التعليمية الخاصة بهم بوسائل النقل المعدلة والمناسبة لاحتياجاتهم وكذلك ضمان مشاركتهم في الأنشطة الرياضية والترويحية التي تقام خارج البيئة المدرسية، إضافة إلى ما يقدم في تلك المؤسسات من تسهيلات مادية كتوفير المصاعد الكهربائية والمنحدرات والكراسي المتحركة والتي من شانها أن تدعم استمرارهم واستفادتهم من البرامج التربوية والتعليمية المقدمة لهم.

الفصل السادس

المناهج والبرامج والمؤسسات التعليمية لفئة القابلين للتدريب

أولا: المؤسسات التعليمية الخاصة بالقابلين للتدريب

ثانيا: المناهج التعليمية للقابلين للتدريب

- منهج التدريبات السلوكية والمعرفية للمعاقين فكرياً القابلين للتدريب

ثالثا: البرامج التعليمية للقابلين للتدريب

رابعاً: الخطة التربوية الفردية للمعاقين فكرياً القابلين للتدريب

الفصل السادس

المناهج والمؤسسات التعليمية لفئة القابلين للتدريب

أولاً: المؤسسات التعليمية الخاصة بالقابلين للتدريب:

يتم تعليم القابلين للتدريب من المعاقين فكرياً وفق برامج تعليمية وتربوية موجهه تتفق مع القدرات، والحاجات الخاصة لأفراد هذه الفئة، بالإضافة إلى أنها تراعي الفروق الفردية الموجودة بين بعضهم البعض من ناحية، ومراعاتها لمبدأ الفروق داخل الفرد من ناحية أخرى. ومن ثم فإن البدء فى تقديم هذه البرامج للطفل المعاق فكريا فى وقت مبكر من حياته سيزيد من فاعليتها وتأثيرها، وفى العادة فإن الخدمات التعليمية للقابلين للتدريب كانت تقدم من خلال المؤسسات الإيوائية والمدارس الخاصة و بشكل عام فإن المعاقين فكريا يتم تعليمهم فى المؤسسات التالية:

أ- الفصول العادية بدون خدمات.

ب- الفصول الخاصة بالمدارس العادية مع وجود خدمات (مدرس خاص - غرفة مصادر).

ج- مدراس التربية الخاصة.

د- المؤسسات الداخلية (الإيوائية).

هـ- الخدمات التعليمية المقدمة في المستشفى أو المنزل.

م	النظام	المجموعة التي تتلقى الخدمة
١-	فصول عادية - عدم وخدمات - مدرس خاص - غرفة مصادر	المعاقين فكرياً القابلين للتعلم
٢-	فصل التربية الخاصة	المعاقين فكريا القابلين للتعلم و القابلين للتدريب
٣-	مدارس التربية الخاصة	القابلون للتدريب
٤-	مدارس التربية الخاصة الداخلية	القابلون للتدريب وشديدو الإعاقة الفكرية
٥-	المؤسسات الإيوائية	القابلون للتدريب وشديدو الإعاقة الفكرية
٦-	الخدمات التعليمية المقدمة في المستشفى أو المنزل.	المعاقين فكريا القابلون للتدريب وشديدو الإعاقة.

أولا:الفصول العادية:

لا تصلح المدارس العادية لفئة القابلين للتدريب في متابعة دراستهم فى الفصول العادية حيث أن الذي يستطيع مسايره دراسته فى هذه الفصول هم فئة الإعاقة الفكرية البسيطة القابلين للتعلم مما تتراوح نسبة ذكائهم ما بين ٥٥- ٧٠ درجة أما فئة القابلين للتدريب فهم تظهر لديهم العديد من المشكلات ولا يستطيعون متابعة دراستهم فى الفصول العادية.

كان للنقد الذي وجهه لفصول التربية الخاصة اثر كبير في تدعيم الحركة التي نادت بتعليم المعوقين بعيدا عن الفصول الخاصة، ودمجهم مع زملائهم العاديين في المدارس العادية وفق برنامج تربوي متكامل.

ولقد ثبت وفي حالات كثيرة أن الطفل المعوق بدرجة بسيطة يكون أدائه أكثر فاعلية في الفصل العادي، وذلك إذا ما تم تزويد مدرس الفصل بمواد تعليمية مناسبة، وباستشارات

وبخدمات توجيهية وتشخيصية متمثلة في استراتيجيات تربوية، ومدرسين متجولين، و أخصائيون في التشخيص النفسي والتربوي، فالاستراتيجيات التربوية تساعد المدرس على تخطيط وتنفيذ البرامج للأفراد وكذلك للجماعات، أما المدرس المتخصص المتجول فهو ينتقل بين المدارس ويقدم خدمات استشارية للمدرسين، وخدمات خاصة للتلاميذ المعوقين بدرجة بسيطة، أما أخصائي التشخيص فهو يعمل على تقييم المهارات الاجتماعية والأكاديمية للأطفال ويضع البرنامج التربوي الذي سيقوم المدرس العادي بتنفيذه، إن البديل الحديث للمدرس المتجول وأخصائي التشخيص هو مدرس غرفة المصادر Resource teacher الذي يعمل في المدارس العادية التي يتواجد فيها عدد من المعوقين ممن يدرسون في الفصول العادية مع أقرانهم العاديين ويعمل مدرس المصادر من خلال غرفة المصادر room Resource التي تشتمل على مجموعة من الوسائل والأدوات والمواد التعليمية الخاصة بمساعدة الطلاب المعوقين على تسهيل اكتساب المهارات الأكاديمية في المدرسة، بالإضافة إلى أدوات التشخيص والتقييم المناسبة. ويقوم مدرس غرفة المصادر بالتعامل مع الطلاب ممن لديهم مشكلات أو صعوبات معية للتغلب عليها بالإضافة إلى قيامة بعملية التقييم والتشخيص وتقديم الخدمات الاستشارية للمدرس العادي، والتخطيط لبرنامج علاجي خاص بحالة الطفل.

ثانياً: فصول التربية الخاصة داخل المدارس العادية

تعد فصول التربية الخاصة من أوسع الخدمات انتشاراً في البلدان المتقدمة للمعاقين فكرياً وغالباً هذه الفصول تكون ملحقة بالمدارس العادية وتضم الأطفال المعاقين الذين لا يستطيعون تعلم المهارات الأكاديمية ضمن برنامج الصف العادي، ويحتوى كل فصل من فصول التربية الخاصة على حوالي من ١٥-١٦ طالبا، ويشرف على كل فصل منها مدرس للتربية الخاصة، وغالبا ما يوجد مدرس مساعد لمعاونته، ولضمان تفاعل واندماج الطفل المعوق مع أقرانه من العاديين فقد كان نظام الفصول الخاصة على إتاحة الفرصة للطفل المعوق لقضاء جزء من اليوم المدرسي في فصول العاديين خلال فترة النشاط غير الأكاديمي (التربية الرياضية، التربية الفنية، الموسيقى، فترة الاستراحة، تناول الطعام، . . . . الخ).

فقد أشارت عدد من الدراسات بأن الفصول الخاصة أصبحت المكان الذي يحول إليه الطفل الذي يثير المشاكل في الفصل العادي، كما استخدمت الفصول لعزل أطفال الأقليات، ولهذا فقد قامت حركة قوية في أواخر الستينات وأوائل السبعينات على يد دن Dunn ١٩٦٨ الذي ذهب إلى القول بضرورة توفير خدمات تربوية للأطفال المعاقين فكريا أفضل مما هو متوافر في الفصول الخاصة.

ثالثا: مدارس التربية الخاصة.

قامت فكرة مدارس التربية الخاصة على أساس تقديم أكثر الخدمات التربوية فائدة للمعوقين مقارنة بالمؤسسات الداخلية، مع الحد الأدنى من الانفصال عن العاديين وتقدم، وتقدم هذه المدارس الخدمات التعليمية للأطفال المعوقين، إما لنوع واحد من الإعاقة وكأن تكون مدرسة خاصة بالمعاقين فكريا مثلاً، أو لأكثر من نوع من الإعاقة كأن تكون مدارس خاصة بكلاً من الإعاقة العقلية والبصرية والسمعية أو أكثر أو اقل من ذلك، وتعتبر الخدمات التي تقدم في هذه المدارس شبيهه بالخدمات التي تقدم في المدارس الداخلية مع فارق جوهري واحد، وهو أن الأطفال في المدارس الخاصة يعودون إلى أسرهم نهاية اليوم المدرسي، ويوفر ذلك للطفل المعوق فرص التعليم بالإضافة إلى الاندماج والتفاعل مع الحياة العامة.

رابعاً: المؤسسات الداخلية (الإيوائية).

تعتبر المدارس والمؤسسات الداخلية من أقدم أشكال الخدمة التربوية المقدمة للمعاقين فكرياً وتشتمل هذه المؤسسات على تقديم برامج تعليمية في النهار، وإقامة فى الأقسام الداخلية، يتم من خلالها تقديم الرعاية الاجتماعية والصحية لهؤلاء الأطفال، وفى العادة فإن المؤسسات الداخلية تضم أطفالاً يأتون من مناطق نائية بحيث يصعب عليهم العودة يوميا إلى منازلهم، وفى حالات أخرى يدخلوا المؤسسات الداخلية بسبب عدم توافر متطلبات التعلم والتكيف فى بيئاتهم المنزلية.

ورغم انتشار هذا النوع من المؤسسات فى كثير من المجتمعات إلا أن برامجها تعتبر مكلفة، بالإضافة إلى أنها تساعد على عزل الطفل المعاق فكرياً عن المجتمع، وتقلل من فرص تفاعله مع الأسوياء مما يؤدي إلى البطء فى تعلم المهارات الأكاديمية والاجتماعية، فقلة الاتصال مع الأقران العاديين تؤدي إلى حرمان الطفل المعوق من الفوائد التي قد يكتسبها، أو يحصل عليها من خلال تقليده للعاديين.

خامسا: الخدمات التعليمية المقدمة في المستشفى أو المنزل.

وهذه الخدمات غالبا ما تقدم للمعاقين فكريا القابلين للتدريب وشديدي الإعاقة وتقدم من خلال الأسرة فى المنزل أو بعض الاخصائين فى المستشفيات ومراكز الرعاية.

المناهج التعليمية لفئة المعاقين فكرياً القابلين للتدريب

في نظام التعليم الأمريكي كان فئة القابلون للتدريب والتي يقع ذكائها تحت ٥٠ درجة ويكونون قادرين على استخدام المرحاض والتعبير عن حاجاتهم الأساسية - والأطفال الذين لا يستوفون هذه الشروط كانوا لا يقبلون في معاهد المعاقين فكريا - ويستخدم مصطلح القابلين للتدريب للإشارة إلى أن هذه الفئة ليسوا مؤهلين للتعليم وإنما يمكن تدريبهم للتمكن من بعض المهارات .

وهناك بعض الاقتراحات الخاصة بمناهج حالات القابلين للتدريب.

أولها: أن حالات القابلين للتدريب ينظر إليها على أنهم غير قادرين على الاستقلال الاجتماعي أو الاقتصادي في مرحلة الرشد وفى تلك المرحلة يكونون معتمدين على غيرهم لدرجة كبيرة ولا يعنى هذا أن نقول أنهم غير قادرين على العمل أو أنهم غير قادرين على الأداء الوظيفي الاجتماعي وإنما سيظلون دائما بحاجة إلى بعض المساعدة والإشراف.

وثانياً: إنه من المفترض أن معدل النمو العقلي على أساس نسبة الذكاء، من المقدر انه يمضى بمعدل من ¼ إلى ½ سنة في كل سنة تقويمية وعند البلوغ فإن الفرد القابل للتدريب يتوقع أن يصل إلى مستوى النمو الذي يحققه طفل عادى عمره ما بين ٤- ٨ سنوات.

ورغم هذه الافتراضات فإن ذلك لا يعني أن كل حالات القابلين للتدريب لن يصلوا إلى مستوى الاستقلالية. (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٧)

الاعتبارات الخاصة بمناهج الطلبة المعاقين فكريا القابلين للتدريب:

تركز البرامج التربوية للأطفال القابلين للتدريب على تعليم المهارات الحياتية اليومية وليس على التعليم الأكاديمي التقليدي على أن المناهج غالبا ما تشمل المهارات الأكاديمية الوظيفية مثل قراءة وكتابة الكلمات الأساسية وعلى وجهه التحديد تركز على مهارات العناية بالذات، مهارات التواصل، المهارات الشخصية، المهارات الاجتماعية، المهارات الإدراكية، المهارات الحركية والمهارات المهنية. (جمال الخطيب، منى الحديدي:٢٠٠٥)

وفيما يلي وصف موجزاً لأهم الاعتبارات الخاصة بتصميم وتنفيذ البرامج والمناهج للطلبة المعاقين فكرياً القابلين للتدريب:

١- عملية التعلم مرتبطة بالعمر العقلي وليس بالعمر الزمني.

٢- استخدام المناهج التدريبية الوظيفية والملائمة للعمر الزمني للطالب ذوى الإعاقة الفكرية المتوسطة (القابل للتدريب).

٣- دمج الطلبة ذوى الإعاقة الفكرية القابلين للتدريب مع الطلبة العاديين ليتسنى لهم تعلم المهارات الاجتماعية المناسبة اللازمة للقبول في المجتمع.

٤- اعتماد نموذج التدريب المستند إلى المجتمع حيث لابد على فئة المعاقين فكرياً القابلين للتدريب اكتساب المهارات وممارستها في المواقف المجتمعية الطبيعية التي تمارس فيها تلك المهارات وليس مواقف اصطناعية غير طبيعية كتلك التي تتوفر في المؤسسات الخاصة المعزولة.

٥- توظيف أساليب تعديل السلوك الايجابية غير المنفرة على الطلبة المعاقين فكرياً القابلين للتدريب ولابد على المعلمين امتلاك المهارات اللازمة لاستخدام الأساليب التالية بشكل فعال: التعزيز الايجابي، المحو (التجاهل) لخفض الاستجابات الغير المرغوبة، والتشكيل (التقريب التتابعي)لتعليم مهارات جديدة، التسلسل (تحليل المهارات)، والتعاقد السلوكي، التعزيز الرمزي، التعزيز التفاضلي.

٦- التخطيط لخدمات الانتقال بحيث تركز برامج الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية القابلين للتدريب ومنذ المراحل العمرية المبكرة على مساعدتهم على الانتقال بنجاح من مرحلة إلى أخرى بما في ذلك الانتقال من مرحلة المدرسة إلى مرحلة ما بعد

المدرسة، وعلى وجه التحديد يجب تحديد الكفاءة الاجتماعية للطفل ومساعدته على فهم ذاته وتقبلها.

٧- تشجيع المشاركة الأسرية بحيث يتمتع المعلمون والمتخصصون بالكفايات اللازمة للعمل التعاوني مع أولياء الأمور ومنها تقييم حاجات الأسرة، ومعرفة ادوار الوالدين في تطوير البرامج التربوية الفردية القابلين للتدريب واستخدام مهارات التواصل الفعالة مع أولياء الأمور، والتعاون مع الأسر في تقييم الأطفال.

٨-العمل التعاوني والتكاملي في تنفيذ البرامج التدريبية بحيث تقدم الخدمات لهذه الفئة من قبل المعلم وعليه أن يعرف المبادئ والمفاهيم الأساسية ذات الصلة بالخدمات المساندة للتربية الخاصة ومعرفة ادوار مقدمي هذه الخدمات المساندة في تطوير البرامج التربوية الفردية للأطفال، والقدرة على التواصل مع أعضاء الفريق الآخرين بشكل فعال، والتعاون معهم في تقييم الأطفال واستخدام مهارات حل المشكلات المناسبة لتطوير وتنفيذ الأنشطة التعاونية والاستشارية.

٩-معرفة مبادئ وأساليب تقييم الأطفال المعاقين فكريا القابلين للتدريب من خلال الطرق الرسمية والغير رسمية للتقييم.

١٠- المعرفة والمهارات ذات العلاقة بأساليب التدريس الفعالة للأطفال المعاقين فكريا القابلين للتدريب.

١١- الإلتزام بالممارسات المهنية الراقية في مجال العمل مع الأطفال المعاقين فكريا القابلين للتدريب بحيث يكون معلمي هذه الفئة على اطلاع بالمراجع والمجلات العلمية ذات العلاقة بالإعاقة الفكرية بشكل دوري والحرص على التطور المهني المستمر.

المناهج والبرامج التعليمية المقدمة لفئة القابلين للتدريب

أن الطفل العادي يتمتع بكل لحظات حياته، فهو يلهو مع أقرانه ويبدع ويبتكر ويذهب إلى المدرسة ويمارس حياته بحرية ونشاط دون عائق يعوقه. ولكن ماذا عن المعاق فكرياً القابل للتدريب ؟ هل يلعب ويلهو كأقرانه العاديين؟ وكيف يتعلم أو يدرس؟ ومتى يتم له ذلك إذا كان يستطيع فعلا أن يتعلم؟ كل ذلك يمكن معرفته من خلال تناولنا للأهداف

المحددة لبرامج تعليم أطفال القابلين للتدريب، ولكن هناك العديد من الافتراضات التي تتخلل منهج فئة القابلين للتدريب وأهمها:

- أنهم فئة غير قادرة على الاستقلال الإجتماعى أو الاقتصادي كأفراد راشدين كما انه يتوقع منهم أن يكونوا على درجة من الاعتماد على الآخرين حسب نسبة ذكائهم، حيث أنهم بحاجة دوما إلى المساندة والإشراف.
- افتراض يتعلق بمعدل النمو العقلي والذي يكون فيه النمو العقلي لدى هذه الفئة ما يعادل تقريبا ثلث إلى نصف نمو الأطفال الأسوياء وأقصى عمر عقلي لهم ما بين ٦-٨ سنوات.

ونلاحظ أن البرامج المقدمة لفئة القابلين للتدريب وما تحتويه من خطة منهجية معينة هدفها الرئيسي هو تمكين الفرد من تطوير أي شئ من اماكانياته الفعلية بغض النظر عن محدوديتها مقارنة بإمكانيات الآخرين والوصول به إلى التكيف الشخصي والاعتماد على النفس ومن ثم التكيف الاجتماعي والمهني بقدر الإمكان (فاروق صادق:١٩٨٢).

أما بالنسبة إلى مناج القابلين للتدريب فقد عرض سميث ٢٠٠١ Smith سبعه مواد تشكل المنهج الدراسي لفئة القابلين للتدريب.

١-مهارات الرعاية الذاتية

٢-مهارات التواصل

٣-المهارات الاجتماعية والشخصية

٤-المهارات الحركية أو الإدراكية (التربية الرياضية)

٥-المهارات الأكاديمية العملية

٦-مهارات الاستجمام وقضاء وقت الفراغ

٧-المهارات المهنية والمنفعة الاقتصادية المنزلية.

وسوف نعرض هذه المواد بشئ من التفصيل

مادة القراءة المعدلة

عموما الأطفال القابلين للتدريب ليست لديهم القدرة على قراءة مستوى ما بعد الصف الأول فقدرتهم محدودة حيث يقوم منهجهم على قراءة بعض الكلمات المفردة وبعض الكلمات الشائعة والمستخدمة لتقديم الحماية لهم مثل (خطر -قف - أتوبيس- مسموم - رجل - امرأة -. . . . . .الخ) بالإضافة إلى العديد من الإشارات الموجودة حولنا في البيئة المحيطة بالطفل.

مادة الكتابة:

يتم تدريبهم على أمور بسيطة مثل كتابة أسمائهم الخاصة، وعناوينهم وأرقام تلفوناتهم، وبعض الكلمات المحددة والتي يتعلموها من القراءة من اجل الحماية الذاتية.

مادة اللغة:

بحيث تشتمل مناهجهم على تطوير اللغة والفهم واستخدام مفاهيمها لدى فئة القابلين للتدريب كما انه يشتمل على مهارات التواصل المتمثلة في الإصغاء إلى القصص ومناقشة الصور بالإضافة إلى العديد من الأنشطة الأخرى المعتادة لدى الأطفال في بيئة غرفة الدراسة.

مادة الدراسات الاجتماعية:

وتركز هذه المادة على البيئة المنزلية والاجتماعية وما يدور بها نشاط اجتماعي المرتبط بالعديد من المناسبات المتمثلة في الأعياد والأجازات الأخرى التي، كما يتم تدريبه على أهمية وسائل المواصلات والنقل في حياتنا الاجتماعية بالإضافة إلى تعريفه بعدد من المؤسسات الاجتماعية المهمة مثل أماكن العبادة، المستشفيات، وبعض المؤسسات الحكومية الهامة.

مادة الدراما:

وتهدف هذه المادة إلى تدريب الطفل القابل للتدريب على استيعاب العديد من المفاهيم والقيم المجردة التي يصعب عليه فهمها إلا عن طريق التمثيل والقصص والأناشيد والمسرحيات.

مادة الخزف والفن:

وهى مادة تحتوى على العديد من الأنشطة المتمثلة في التلوين والرسم والصبغ لبعض الأعمال الخشبية جدا وتقطيع أنواع العجين وبعض الأعمال الخزفية البسيطة مثل تلك الأنشطة التي تساعد الأطفال على التناسق الحركي والتذوق الفني.

مادة الصحة البدنية:

وتهدف هذه المادة إلى غرس بعض العادات الصحية الجيدة، فمن خلال وجبة الإفطار والتي غالباً ما تقدم في غرفه الصف بحيث يتم النقاش حول فوائد بعض العناصر الغذائية مثل الحليب والعصير والفواكه بالإضافة إلى مناقشة العناية بالأسنان والنظافة البدنية ونظافة الملابس.

مادة الأعمال العملية:

وفيها يتم تدريب الأطفال على بعض الأعمال العملية مثل غسيل الصحون، أعمال الخياطة، الطبخ، والنظافة، وما يتعلق بشئون الحياة سواء في المنزل أو المدرسة، بالإضافة إلى تنظيم طاولة الطعام، وإعداد الطعام في مثل تلك الأنشطة والأعمال يجب أن تتم في سن متأخرة خصوصا مع الأطفال الكبار من فئة القابلين للتدريب.

مادة النمو الحركي:

وتهدف هذه المادة إلى النمو الحركي وسبل استثارته من خلال العديد من الأنشطة المختلفة المتمثلة في الألعاب الرياضية وغير الرياضية ذات الطابع الحركي والعملي.

مادة المساعدة الذاتية:

تهدف هذه المادة إلى تزويد الطفل القابل للتدريب بالمهارات التي تجعل منه فرداً مستقلاً إلى حد ما في الأمور الآتية: (لبس وخلع الملابس - الاستقلالية في استخدام الحمام - الاستقلالية في إطعام نفسه - استخدام منهج منظم في عملية النوم).

مادة التكييف الاجتماعي:

لا يتوقع من الطفل القابل للتدريب أن يكون مستقلاً تماما أو يعطي نوع من المسئولية في المجتمع والمتوقع منهم التكيف في حدود ضيقة جداً في المنزل و الحي، وتهدف هذه المادة إلى رفع مستوى الإمكانيات الموجودة لديه في الأمور التالية:

- تدريبه على إتباع التعليمات وطاعتها.
- تدريبه على احترام مشاعر الآخرين.
- تدريبه على الالتزام بالحدود أثناء التحدث إلى الآخرين.
- تدريبه على مساعده الآخرين ممن يحتاجون إلى المساعدة.
- تدريبه على الانتظام فيما يتعلق بالأدوار.
- تدريبه على أداء التحية للزوار وغيرهم وكيفية المصافحة.
- تدريبه على مساعدة الآخرين وخصوصا هؤلاء الذين يحتاجون للمساعدة.

وبشكل عملي نلاحظ أن منهج القابلين للتدريب في وقتنا الحالي لابد أن يتضمن نواحي سلوكية ونواحي معرفية وفيما يلي عرض لأهم ما يتم تعليمة لفئة القابلين للتدريب من المعاقين فكريا في مدارس ومعاهد التربية الفكرية في الوطن العربي والتي أوجزها (خالد الحبوب، أمينة الرويلي: ٢٠١١).

منهج التدريبات السلوكية والمعرفية للمعاقين فكرياً القابلين للتدريب

- منهج التربية الإسلامية وتهذيب السلوك.
- منهج التدريبات السلوكية.
- منهج مهارات الحياة اليومية.
- منهج المفاهيم الرياضية.
- منهج التربية الفنية.

أولاً: منهج التربية الإسلامية وتهذيب السلوك

ويهدف هذا المقرر إلى :-

١-أن يعرف التلميذ أن الله عز وجل هو خالق كل شئ.

٢-أن يعرف التلميذ أن دينه الإسلام.

٣-أن يعرف التلميذ أن نبيه محمد صلى الله عليه وسلم.

٤-أن يعرف التلميذ أن القرآن الكريم هو كتاب الله.

٥-أن يتعرف التلميذ على آداب طاعة الوالدين.

٦- أن يتعرف التلميذ على آداب التعامل مع الآخرين.

٧-أن يتعرف التلميذ على آداب وعادات تناول الطعام.

الأهداف السلوكية للتربية الإسلامية وبناء وتهذيب السلوك:

١- **معرفة أن الله هو خالق كل شئ**

- أن يتعرف التلميذ على شكل لفظ الجلالة الله.
- أن ينطق التلميذ لفظ الجلالة عندما يسأله المعلم من ربك.
- أن يتعرف التلميذ على مخلوقات الله الحية من بشر وحيوانات ونبات.
- أن يتعرف التلميذ على خالقة عندما يسأله المعلم عن ذلك.
- أن يعطي التلميذ أمثلة عن مخلوقات الله الحية في حدود ثلاثة أمثلة.
- أن يتعرف التلميذ على مخلوقات الله المرتبطة بالظواهر الطبيعية مثل (المطر، الرياح، البرد).

٢- **معرفة الإسلام:**

- أن يتعرف التلميذ على شكل كلمة الإسلام.
- أن ينطق التلميذ لفظ كلمة الإسلام عندما يسأله المعلم ما دينك ؟.

٣- **معرفة الرسول صلي الله عليه وسلم.**

- أن يتعرف التلميذ على اسم رسوله ونبيه محمد بن عبد الله صلى الله عليه وسلم.
- أن يتذكر التلميذ اسم الرسول صلى الله عليه وسلم مقترنا بالصلاة عليه.
- أن يتعرف التلميذ أن الرسول صلى الله عليه وسلم ولد بمكة المكرمة.

٤- **معرفة كتاب الله (القرآن الكريم):**

- أن يتعرف التلميذ على اسم كتاب الله (القرآن).
- أن يتذكر التلميذ اسم كتاب الله عندما يسأل من قبل المعلم.
- أن يتعرف التلميذ على بعض السلوكيات المصاحبة لقرأه القرآن الكريم مثل (الوضوء، البسملة، الهدوء، الإنصات).
- أن يتلو التلميذ سورة الفاتحة.

٥- طاعة الله والرسول (صلى الله عليه وسلم)

- أن يبدي التلميذ اهتماما بأداء الصلاة من خلال الإشارة إلى دخول وقت الصلاة أو الرغبة بالذهاب للمسجد.
- أن يظهر التلميذ حبه للرسول من خلال الصلاة عليه بعد سماعه.

٦- طاعة الوالدين:

- أن يلقي التلميذ تحيه الإسلام عند رؤيته لوالديه وفي أوقات مناسبة.
- أن يقبل التلميذ والديه قبل النوم وبعد الاستيقاظ من النوم.
- أن يمارس التلميذ آداب مخاطبه الوالدين.
- أن يتبع التلميذ التعليمات الصادرة عن والديه.

٧- آداب التعامل مع الآخرين.

- أن يبدأ التلميذ بإلقاء تحية الإسلام عند لقائه بالآخرين.
- أن يفسح التلميذ في المجلس للأشخاص الأكبر منه سنا .
- أن يستأذن التلميذ من معلمه في استخدام أدوات حجرة الدراسة.
- أن يتجنب التلميذ العطس في وجوه الآخرين من خلال الأسلوب المناسب.
- أن يقول التلميذ للعاطس يرحمكم الله بعد قولة الحمد لله.
- أن يستأذن التلميذ عند دخوله على الآخرين في أماكنهم.
- أن يطلب التلميذ الإذن بالخروج عند الانتهاء من الزيارة.

٨- آداب الطعام.

- أن يغسل التلميذ يديه قبل تناول الطعام بالطريقة الصحيحة.
- أن يبدأ التلميذ بقول « بسم الله « قبل تناول الطعام.
- أن يستخدم التلميذ يده اليمنى عند تناول الطعام.
- أن يتناول التلميذ الطعام الذي يليه مباشرة.
- أن يحافظ التلميذ على نظافة ملابسة عند تناول الطعام.
- أن يغسل التلميذ يديه بعد الانتهاء من تناول الطعام.

الأهداف السلوكية لمنهج التدريبات السلوكية:

١- أسماء الأسرة:

- أن يتعرف التلميذ على مسميات كل عضو من أعضاء الأسرة (الأم، الأب، الأخت، الأخ، . . . . الخ).
- أن يتعرف التلميذ على الأسماء الشخصية لأفراد الأسرة.
- أن ينطق التلميذ أسماء ومسميات الأسرة.

٢- أسماء أماكن المنزل:

- أن يتعرف التلميذ على أسماء الأماكن التي تتكون منها البيئة المنزلية.
- أن ينطق التلميذ أسماء الأماكن التي تتكون منها البيئة المنزلية.

٣- محتويات غرفة الصف:

- أن يتعرف التلميذ على أسماء محتويات غرفة الصف.
- أن ينطق التلميذ أسماء محتويات غرفة الصف.

٤- الأوامر والتعليمات:

- أن يتعرف التلميذ على صيغ الأوامر والتعليمات المعطاة له مثل (خذ، هات، اجلس، افتح، أغلق).
- أن ينطق التلميذ صيغ الأوامر والتعليمات المعطاة له.
- أن يستجيب التلميذ لصيغ الأوامر والتعليمات الموجهة له.

٥- أسماء أيام الأسبوع:

- أن يتعرف التلميذ على أسماء أيام الأسبوع.
- أن ينطق التلميذ أسماء أيام الأسبوع.

٦- أسماء أعضاء جسم الإنسان:

- أن يتعرف التلميذ على أسماء أعضاء جسم الإنسان.
- أن ينطق التلميذ أسماء أعضاء جسم الإنسان.

٧- **أسماء الخضروات:**

- أن يتعرف التلميذ على أسماء بعض الخضروات.
- أن ينطق التلميذ بعض أسماء الخضروات المعطاه له.

٨- **أسماء الفواكه:**

- أن يتعرف التلميذ على أسماء بعض الفواكه.
- أن ينطق التلميذ أسماء بعض الفواكه المعطاة له.

٩- **أسماء الحيوانات:**

- أن يتعرف التلميذ على أسماء بعض الحيوانات.
- أن ينطق التلميذ أسماء بعض الحيوانات المعطاه له.

١٠- **أسماء الأجهزة:**

- أن يتعرف التلميذ على الأجهزة.
- أن ينطق التلميذ أسماء بعض الأجهزة المعطاة له.

١١- **أدوات الطعام:**

- أن يتعرف التلميذ على أسماء بعض أدوات الطعام.
- أن ينطق التلميذ أسماء بعض أدوات الطعام الموجودة في بيئة المنزل.

١٢- **وسائل المواصلات:**

- أن يتعرف التلميذ على أسماء وسائل المواصلات الرئيسية.
- أن ينطق التلميذ وسائل المواصلات الرئيسية.

١٣- **الحروف الهجائية:**

- أن يتعرف التلميذ على صوت الحروف الهجائية المستهدفة في العملية التعليمية.
- أن ينطق التلميذ الحروف الهجائية مثل (أ، ب، ت، ث...الخ)

١٤- مهارات الكتابة:

- أن يمسك التلميذ القلم بين السبابة والإبهام وإسناده بالوسطى.
- أن يرسم التلميذ حروف وأشكال عشوائية أثناء مسكه القلم بصورة صحيحة.
- أن يستخدم التلميذ القلم في توصيل الخطوط والأشكال المنقطة له.
- أن يحاكي التلميذ الخطوط والأشكال المعطاة له وفقا للإرشادات والنماذج.
- أن يكتسب التلميذ بعض العادات الصحية أثناء الكتابة مثل (الجلوس الصحيح، وضع الورقة، وضع الرأس، اتجاه الكتابة).

الأهداف السلوكية لمنهج مهارات الحياة اليومية:

١- النظافة الشخصية:

- أن يغسل يديه بالماء والصابون عند الحاجة لذلك مثل (قبل الأكل وبعده، عند الخروج من الحمام).
- أن يغسل التلميذ وجهه بالماء والصابون.
- أن يستحم التلميذ بالماء والصابون.
- أن يتوضأ التلميذ عند كل صلاة.
- أن يستخدم التلميذ المناديل بشكل مناسب مثل تنظيف انفه – مسح عينه.
- أن يستخدم التلميذ المشط في تصفيف شعره.
- أن ينظف التلميذ أسنانه باستخدام الفرشاه والمعجون.

٢- الاهتمام بالمظهر الشخصي:

- أن يحافظ التلميذ على نظافة اظافره.
- أن يحافظ التلميذ على نظافة ملابسة.

٣- ارتداء الملابس والجوارب والأحذية:

- أن يرتدي التلميذ ملابسة معتمدا على نفسه.
- أن يلبس التلميذ جواربه معتمدا على نفسه.
- أن يلبس التلميذ حذائه معتمدا على نفسه.

٤- **خلع الأحذية والجوارب والملابس:**

- أن يخلع التلميذ حذاءه معتمدا على نفسه.
- أن يخلع التلميذ جواربه معتمدا على نفسه.
- أن يخلع التلميذ ملابسة معتمدا على نفسه.

٥- **النظافة العامة:**

- أن يحافظ التلميذ على نظافة المرحاض أثناء استخدامه في (المنزل - المدرسة - الأماكن العامة).
- أن يلتزم التلميذ بوضع الورق أو النفايات في الأماكن المخصصة لها.
- أن يحافظ التلميذ على نظافة المنزل.
- أن يمضغ التلميذ كمية مناسبة من الطعام في المنزل.
- أن يمضغ التلميذ الطعام دون إصدار أصوات.
- أن يمضغ التلميذ الطعام وفمه مغلق.
- أن يشرب التلميذ السوائل من الكوب معتمدا على نفسه.

٦- **الاستئذان:**

- أن يطرق التلميذ الباب قبل الدخول بشكل صحيح.
- أن يفتح التلميذ الباب عند الدخول بشكل مقبول.
- أن يغلق التلميذ الباب عند الدخول بشكل مقبول.

٧- **السلامة العامة:**

- أن يتعرف التلميذ على مصادر الخطر مثل (الغاز، مفتاح تشغيل الكهرباء، الفرن السكين).
- أن يطبق التلميذ إجراءات السلامة لعدم الوقوع في المخاطر.

٨- **وسائل النقل:**

- أن يتعرف التلميذ على دلالات إشارات المرور المتعلقة بحركة السيارات والمشاة.

- أن يعبر التلميذ الشارع من مكان المشاة مثل (الجسور، الرصيف، خطوط المشاة).
- أن يجلس التلميذ في المقعد المخصص له في وسيلة النقل مستخدماً حزام الأمان.

الأهداف السلوكية لمنهج المفاهيم الرياضية:

١- الألوان الأساسية:

- أن يتعرف التلميذ على الألوان الأساسية.
- أن ينطق التلميذ أسماء الألوان الأساسية.

٢- الأشكال الهندسية:

- أن يتعرف التلميذ على الأشكال الهندسية مثل (مربع، مستطيل، دائرة).
- أن ينطق التلميذ أسماء الأشكال الهندسية.

٣- الأطوال:

- أن يتعرف التلميذ على مفهوم (طويل، قصير).

٤- الأحجام:

- أن يتعرف التلميذ على مفهوم (كبير، صغير).

٥- الأوزان:

- أن يتعرف التلميذ على مفهوم (ثقيل، خفيف).

٦- المسافات:

- أن يتعرف التلميذ على مفهوم (قريب، بعيد).

٧- الاتجاهات:

- أن يتعرف التلميذ على المفاهيم (يمين - يسار - فوق - تحت).

٨- الزمن:

- أن يتعرف التلميذ على مفاهيم (اليوم، الأمس، الغد).
- أن يتعرف التلميذ على عدد أيام الأسبوع.

٩- **الأرقام:**

- أن يتعرف التلميذ على أشكال الأرقام من (١-١٠).
- أن يكتب التلميذ الأرقام من (١__١٠).

١٠- **النقود:**

- أن يتعرف التلميذ على أشكال النقود الورقية.
- أن يتعرف التلميذ على أشكال النقود المعدنية.

الأهداف السلوكية لمنهج التربية الفنية:

١- **الرسم:**

- أن يرسم التلميذ رسومات واشكال بالشف من نموذج.

٢- **التلوين:**

- أن يلون التلميذ داخل حدود الأشكال والرسومات المعطاة له.

٣- **التآزر الحسي والحركي:**

- أن يستخدم التلميذ الصلصال في تكوين اشكال مختلفة.
- أن ينظم التلميذ الخرز.
- أن يدحرج التلميذ الكره مستخدما كلتا يديه.
- أن يضغط التلميذ بيده على كره أسفنجية.
- أن يضغط التلميذ بيده على كرة مطاطية.
- أن يمسك التلميذ الكرة عند رميها تجاهه.
- أن يقذف التلميذ بالكرة نحو الهدف.
- أن يركل التلميذ بالكرة نحو الهدف.
- أن يسير التلميذ على مسار خشبي بارتفاع خمسة سنتيمترات.

٤- **مهارات حركية كبيرة:**

- أن يتدحرج التلميذ في اتجاه معين.
- أن يمشي التلميذ في خط مستقيم.

- أن يجري التلميذ في مسار معين.
- أن يقفز التلميذ من ارتفاع بسيط.
- أن يقفز التلميذ على خطوط مرسومة.

٥- **مهارات حركية متنوعة:**

- أن يلعب التلميذ كرة القدم مع أصحابه.
- أن يلعب التلميذ كرة اليد مع زملائه.
- أن يجري التلميذ في سباق مع أقرانه.
- أن يشد التلميذ الحبل مع زملائه.

٦- **أسماء الأسرة المدرسية:**

- أن يتعرف التلميذ على وظيفة كل عضو من أعضاء الأسرة المدرسية.
- أن ينطق التلميذ وظيفة كل عضو من أعضاء الأسرة المدرسية .

٧- **أسماء أماكن البيئة المدرسية:**

- أن يتعرف التلميذ على أماكن البيئة المدرسية.
- أن ينطق التلميذ أماكن البيئة المدرسية.

وقد تم تقسيم المراحل الدراسية للمعاقين فكرياً القابلين للتدريب من قبل المتخصصين على النحو التالي:

١- **المرحلة التمهيدية (مرحلة ما قبل المدرسة) من سن ٣- ٥ سنوات**

ففي هذه المرحلة يدرس فيها الطفل المهارات الأساسية في حياتهم اليومية وما يرتبط بها من مهارات مختلفة، ويكون التركيز بشكل أساسي وغير موسع على مهارة المساعدة الذاتية التدريب على بدائيات اللغة والكلام وبعض المهارات الاجتماعية والحركية وتمتد هذه المرحلة لنصف يوم دراسي.

٢- المرحلة الابتدائية وتبدأ من سن ٦-٩:

حيث يزيد التدريب في هذه المرحلة بحيث تصبح الفترة الزمنية لهذا البرنامج خمسه ساعات يكرس الجهد فيها على المهارات السابقة والتي تدرب عليها الطفل في المرحلة التمهيدية بالإضافة إلى التركيز على اكتساب المهارات السمعية والبصرية الضرورية والتي قد تساعده على المشاركة في مواقف تعليمية مستقبلية.

٣- المرحلة المتوسطة يبدأ من ٩- ١٢ سنة:

وتمتد الفترة الزمنية لهذا البرنامج ليوم دراسي كامل يتم من خلالها الاستمرار في التدريب على المهارات السابقة أو ما يسمى بالمهارات الاستعداديه بالإضافة إلى البدء في تدريبهم على المواد الأكاديمية العملية أو الوظيفية المرتبطة بقراءة الكلمات المساعدة في حمايتهم من المخاطر ومحاولة زيادة القدرة القرائية كما سيكون تدريب بدائي على اكتساب بعض المهارات الحسابية المرتبطة بحياتهم اليومية كما سيتم تدريبهم على مهارات قضاء وقت الفراغ وذلك عن طريق التربية الرياضية والتربية الفنية والموسيقى.

٤- المرحلة الثانوية وتبدأ من عمر ١٣ سنة فيما فوق:

وفى هذه المرحلة سيتدرب الطفل على بعض المهارات البدائية المرتبطة بالنواحي المهنية كما سيتم الاستمرار في التركيز من ناحية تدريبية على المهارات السابقة والتي تدرب عليها في جميع المراحل سابقة الذكر أما فيما يتعلق بالنواحي المهنية فسيكون التدريب على الأشياء البسيطة منها تدريبه على إعداد وجبة بسيطة مثل السلطة أو ساندويتش أو ما شابه ذلك من الوظائف المهنية المنزلية والتي قد تساعده في الاعتماد على الذات في إعداد أموره الخاصة من طعام وملبس وغيرها، وهذه المرحلة تعتبر الهدف النهائي للفرد القابل للتدريب للوصول إلى الاستقلالية والتكيف الشخصي والاجتماعي.

و قد أوضح أليس « Ellis « أن الهدف من تعليم وتدريب الأفراد المعاقين فكرياً ليس أن يصبح الفرد المعاق على درجة ذكاء عالية مثل الأفراد العاديين، فلم نري هذا يحدث، كما أنه مستبعد الحدوث، كما أن هذا ليس أمرا مهما إذا نظرنا للأمور من جانب آخر، فقد حبا الله كل منا بكم معين من القدرات يختلف تماما عن الآخرين، و علينا أن نتعايش مع هذا الواقع و أن نتعامل معه بمنتهى الحكمة، لذلك فان إعداد الفرد المعاق فكرياً ليكون

علي درجة عالية من الذكاء لا يعد الهدف الأساسي من عمليه تدريب و تعليم الأفراد المعاقين فكرياً ، و إنما ما يعد أمرا مهما و ما هو متعارف عليه في مفردات أي عملية تعليمية أن الهدف الأساسي لأي عمليه تعليمية هو خلق فرد صالح في المجتمع في المقام الأول و هذا هو المهم. . فأن يكون الفرد المعاق فكرياً قادر على خدمة نفسه، معتمدا علي ذاته قادرا علي الوفاء بمتطلباته الشخصية باستقلال كاملا أو جزئيا طبقا لقدراته و مهارات العقلية و البدنية و الجسمانية، مندمج اجتماعيا لا يعاني من أي مشكلات سلوكية قدر بما يمنع اندماجه في المجتمع أو يؤدي إلي نفور المحيطين به منه، تنمية القدرات العقلية و الجسمانية قدر الإمكان، مزودا بمبادئ القراءة و الكتابة و مبادئ المهارات الأكاديمية البسيطة التي قد يحتاج أليها خلال معاملاته البسيطة داخل المجتمع، يعمل في مهنة مناسبة تناسب قدراته إن أمكن تعد الأهداف الرئيسية لعملية تعليم المعاقين فكرياً، و من هنا يجب علي أن تكون المحتويات التعليمية التي تحتوي عليها مناهج الأفراد المعاقين فكرياً تعبر عن الأهداف السابقة التي تحدثنا عنها، و أعتقد أنها أهداف مناسبة ترضي أي فرد عادل في حكمه ينظر للأمور نظرة سليمة و يراعي تفاوت القدرات كما يتفاوت الكم و المضمون في المحتويات التعليمية لمنهج كل طفل من الأطفال المعاقين فكرياً القابلين للتدريب بما يتلاءم مع قدرات و إمكانيات الطفل العقلية، الجسمانية، السلوكية و بما يتلاءم مع بيئته بحيث يكون متوافقا معها و ليس على اعتبار انه قوالب تدريسية جامدة تصلح لكل البيئات بصرف النظر عن السمات و الخصائص المميزة لكل بيئة و بما يتوافق مع عادات و تقاليد كلا من هذه البيئات.

محتوى المناهج التعليمية للأفراد المعاقين فكرياً القابلين للتدريب

بعد ما عرضنا خصائص المعاقين فكريا القابلين للتدريب و مراحلهم الدراسية و المقررات التعليمية فعلينا أن نسرد ما يجب أن يتعلمه للأفراد المعاقين فكرياً و التي يجب أن يتضمنها المحتوي التعليمي بالنسبة للعملية التعليمية للطفل المعاق فكرياً لن تخرج عن مهارات الحياة الأساسية التي يمكن أن تمكنه من أن يحيا بشكل مناسب و التي يتحقق بها أهداف العملية التعليمية التي سبق و تحدثنا عنها من اكتساب مهارات الحياة البسيطة بحيث يكون كما ذكرنا

قادر على خدمة نفسه، معتمدا علي ذاته قادرا علي الوفاء بمتطلباته الشخصية باستقلال كاملا أو جزئيا طبقا لقدراته و مهارات العقلية و البدنية و الجسمانية، مندمج اجتماعيا لا يعاني من أي مشكلات سلوكية قدر بما يمنع اندماجه في المجتمع أو نفور المحيطين به منه، تنمية القدرات العقلية و الجسمانية قدر الإمكان، مزود بمبادئ القراءة و الكتابة و مبادئ المهارات الأكاديمية البسيطة (القراءة والحساب فقط) التي قد يحتاج أليها خلال معاملاته البسيطة داخل المجتمع التمهيد لإلحاقه بمهنه مناسبة لقدراته إن أمكن.. و من هنا يمكننا أن نستنتج أن محتويات المناهج التعليمية للأطفال المعاقين فكرياً القابلين للتدريب يمكن أن تقع في مجالات:

١. أنشطة الحياة اليومية:

أ. أنشطة حياة يومية أساسية (داخل المنزل):

- أنشطة الرعاية الذاتية:

تمثل أنشطة الرعاية الذاتية أحد أهم أنشطة التدريس للأفراد المعاقين عقليا حيث تعتبر أول و ابسط المكتسبات التي يكتسبها الطفل من أسرته. كما تعتبر من أهم مكتسبات الطفل من الأسرة في الفترة الأولي من حياته حيث تمثل الخطوة الأولي للاعتماد على الذات و الاستقلال عن الأسرة و رفع بعض عبئ التربية الأبوين.

و من هنا فلا يبدأ الطفل في اكتساب مكانته الاجتماعية بين أفراد الأسرة أو المجتمع إلا بتمكنه من هذه المهارات، إلا انه بينما يكتسب الطفل العادي مثل هذه المهارات بسهوله من خلال التقليد أو المحاكاة أو من خلال تعليم بسيط من الأسرة و خاصة الأم أو الإخوة حيث تمكن قدرات الطفل السوي العقلية و الجسمية من رصد البيئة المحيطة و اكتساب هذه المهارات من خلال التقليد أو المحاكاة كما ذكرنا تختلف الأمور بالنسبة للطفل المعاق.. حيث يحتاج الطفل المعاق عقليا أن نبذل معه جهدا كبيرا لكي يتمكن من هذه المهارات و لكي يتمكن من أداءها بشكل سليم.

و تتضمن هذه الأنشطة أنشطه رئيسيه منها تناول الطعام، ارتداء الملابس، استخدام المرحاض، العناية بالنظافة الشخصية الاستحمام، تصفيف الشعر، غسيل اليدين، غسيل الوجه و الأسنان... و غيرها من المهارات التي يجب أن يؤديها الفرد لكي يكون معتمدا علي نفسه بشكل كامل.

- **الأنشطة المنزلية:**

تعد الأنشطة المنزلية أول الأنشطة التي يتفاعل فيها الفرد مع بيئته المحيطة بمكان إقامته، ويعتبر تأثير الفرد و تأثره بهذه الأنشطة عامل مهم من عوامل نضوج الفرد و البعد عن العزلة و إكساب المهارات الأولية للتعامل مع هذه البيئة. كما أن تمكنه من هذه الأنشطة يضفي بعدا اجتماعيا مهما علي حياة الفرد حيث أن أداء الفرد لمتطلباته اليومية داخل بيئته و الوفاء باحتياجاته والتزاماته الشخصية الضرورية للحياة تعطي الفرد مصداقية اجتماعية داخل المجتمع.

و تتعدد هذه الأنشطة بحيث تشمل تنظيف المنزل، غسيل و كي الملابس، أعمال المطبخ، استخدام الأجهزة المنزلية، الوقاية من الحوادث المنزلية، وغيرها من الأنشطة المنزلية التي يحتاج الفرد لأدائها داخل المنزل.

ب . أنشطة حياة يومية متقدمة (خارج المنزل):

وتتضمن مهارات التعامل مع محيط البيئة خارج المنزل والتي يتعامل فيها الطفل مع البيئة المحيطة بها الأكثر اتساعا، وتعتبر هذه المهارات من أهم المهارات لكي يصل إلى درجة الاستقلالية الكاملة بحيث يتمكن من الخروج خارج المنزل و الوفاء بمتطلباته الشخصية وتتضمن مثل هذه المهارات مهارات التعامل مع البيئة و الوفاء بمتطلباته الشخصية خارج المنزل.

و تتضمن مثل هذه المهارات، مهارات التجول خارج المنزل في البيئة المحيطة بالطفل، و التعرف علي الطبيعة الجغرافية لهذه البيئة، و التعرف على كيفيه التعامل مع القوانين و القواعد التي تنظم هذه البيئة، فمثلا التعرف علي شوارع المنطقة المحيطة بمسكن الطفل و أسماء هذه الشوارع، إشارات المرور، وسائل المواصلات، طرق عبور الشارع، و بالمثل التعرف علي مكونات البيئة خارج المنزل من مؤسسات، أصحاب مهن، طبيعة كل مهنة، و مدي احتياجنا لكل مهنة، أوقات احتياجنا لكل مهنة، المهارات التي يجب أن نتحلي بها عند التعامل مع هؤلاء من مهارات شراء و التعامل بالنقود، مهارات لفرز الصالح و التالف، هذا بالإضافة إلى الترويح وشغل أوقات الفراغ خارج المنزل.

٢. **المواد الإدراكية:**

تعتبر المواد الإدراكية من أهم المواد التعليمية التي يجب أن يتضمنها المحتوي التعليمي لمناهج الأفراد المعاقين فكرياً لما تتطلبه طبيعة الأفراد المعاقين فكرياً التركيز على هذا الجانب نظرا للانخفاض القدرات العقلية للأطفال المعاقين فكرياً مما يترتب عليه انخفاض القدرة على الرصد و الاستنتاج و تحليل البيئة المحيطة بهم، ومن ثم و جب توضيح حقائق هذه البيئة للطفل و إكسابه مفاهيمها بشكل مباشر، مبسط، وبصورة أكثر وضوحا حيث انه لن يستطيع التوصل إليها بمفرده أو عن طريق الرصد المباشر للبيئة المحيطة و مفرداتها و ظواهرها، و من أمثلة المفاهيم الإدراكية التي يمكن أن ندرسها للطفل مفاهيم مثل الساخن و البارد، الخشن و الناعم، داخل و خارج أسفل و اعلي، الألوان، الأحجام وغيرها من المفاهيم التي ترتبط بالبيئة المحيطة بالطفل و لا يستغني عنها خلال تعامله معها.

٣. **أنشطة تنمية الحواس:**

تعتبر حواس الإنسان هي نافذة الإنسان علي العالم و التي يتعرف من خلالها علي البيئة المحيطة به، و في حين تعد عملية « التعدد في استخدام الحواس في التعليم « مهمة بالنسبة للأسوياء، تكتسب هذه العملية أهمية خاصة بالنسبة للأفراد المعاقين فكرياً، ففي حين تنمو الحاسة و المهارات المرتبطة بها بشكل مناسب لدي الطفل السوي من خلال احتكاك الطفل بالبيئة المحيطة و تعامله معها و محاولة الطفل التأثير علي هذه البيئة و التعرف عليها و إكتساب مفرداتها لا تنمو المهارات الحسية بالنسبة للطفل المعاق فكرياً بمثل هذا النسق نظرا لوجود قصور في القدرات التشريحية للأجهزة البيولوجية للحاسة أو نتيجة لضعف القدرات العقلية لدي الطفل مما يؤدي إلي عدم تمكن مخ الطفل من التعامل مع الإشارات العصبية و بالتالي المعلومات الحسية التي نقلتها أجهزة الحاسة لمناطق المخ التي تتحكم في هذه الحاسة..

و تعد أنشطة تنمية الحواس من الأنشطة التعليمية التي يمكن أن ينمي من خلالها المدرس مهارات الطفل المعاق فكرياً فيما يتعلق بمهارات الإدراك و التمييز و الذاكرة الحسية لكل حاسة من الحواس الخمس بالإضافة للمهارات الفرعية للحواس المرتبطة بهذه الحواس (مثلا الإدراك البصري للأشكال او الخطوط، التمييز السمعي لطبقة الصوت أو شدة الصوت، ذاكرة التذوق للمذاقات المختلفة).

فغالبا ما تقترن الإعاقة العقلية بقصور في وظائف الحواس.. و غالبا ما يساعد استخدام أكثر من قناة حسية في التدريس الطفل المعاق فكرياً علي تعويض الضعف في المعلومات المكتسبة بسبب الضعف في حاسة معينة وذلك عن طريق ما يكتسبه الطفل من معلومات إضافية من خلال القنوات الحسية الأخرى .

وكثيرا ما يقع مدرسو الأطفال الأسوياء في خطأ شائع وهو الاعتماد على حاستي البصر و السمع وحدهما في التدريس، في حين يجب استغلال الخمس حواس بدلا من حاسة أو اثنان من الحواس الخمس لدي الطفل.. و إذا كان هذا الخطأ خطأ شائعا عند التدريس بالنسبة للأطفال الأسوياء فإنه يعد خطا قاتلا عند التعامل مع المعاقين فكرياً. حيث يجب كما قلنا إن يتم تعويض القصور في المعلومات الحسية المنقولة من خلال حاسة معينه و تدعيم الخبرات و المعلومات من خلال تكامل الصورة الحسية التي تأتي من خلال باقي الحواس.

٤. أنشطة التواصل:

تقترن الإعاقة الفكرية في أحوال كثيرة بمشكلات في التواصل، و يمكننا تعريف التواصل علي أنه قدرة الفرد علي نقل أفكاره و ما يجول بخاطره لمن أمامه و بالمثل التعرف علي أفكار الطرف الثاني في عملية التواصل، و يعتبر التخاطب جزء من أجزاء عملية التواصل، حيث يمكننا أن نطلق علي التخاطب اسم « التواصل اللفظي ».

و يعد التركيز على مصطلح التخاطب عند التعامل مع الأفراد المعاقين فكرياً شيئا سلبيا، حيث يعتبر معظم الأفراد في المجتمع أن الفرد الذي لا يتحدث فردا لا يفهم وهي فكره غير صحيحة، ففي الكثير من الأحيان يكون الأفراد المعاقين غير قادرين علي استخدام التواصل اللفظي لإتمام عملية التواصل نظرا لمظاهر القصور لديهم فيما يتعلق بهذا الجانب.

في حين قد تكون لديهم القدرة علي توصيل معلوماتهم و أفكارهم عن طريق وسيلة تواصل أخري بخلاف الكلام « تواصل بديل ».

و بذلك يجب أن يكون الهدف من عملية التواصل مع الطفل المعاق فكرياً هو أن يفهم المدرس المعاق فكرياً أيا كانت وسيلة توصيل لديه مع التقدير الكامل لقدراته العقلية و عدم تأثير انخفاض القدرة اللغوية لديه علي حكم الفرد علي قدراته العقلية كما يجب التعايش مع

وسيلة تواصل الطفل المعاق فكرياً البديلة في حالة عدم استخدام التواصل اللفظي و قبولها علي اعتبار أنها وسيلة فعالة للتواصل معه و تقبله في المجتمع بالرغم من قصور قدراته اللغوية و من وسائل التواصل الأخرى البديلة للأطفال المعاقين فكرياً غير التواصل اللفظي « الكلام « الرموز المجسمة والصور و الصور التعبيرية و الرموز و الإشارات و غيرها من وسائل التواصل التي يمكن أن تعمل علي توصل الرسالة من الطفل المعاق فكرياً لمن يخاطبه و عدم قصر وسيلة التواصل على التواصل اللفظي أو الكلام فقط.

كما أن التخاطب أو التواصل اللفظي مهم للأطفال ذوي القدرات العالية و غالبا ما تكون الإعاقة العقلية بعيوب في النطق و الكلام و من مهام مدرس الفصل انه لم يختار وسيلة تواصل بديل مما سبق ذكرها للفرد المعاق فكرياً لا يستطيعون الكلام أن يعالج مشكلات النطق و الكلام وجدت لدي الطفل المعاق فكرياً.

٥. **مواد أكاديمية:**

وتتضمن بدايات المواد الأكاديمية من مهارات أولية (للقراءة و الحساب) فقط للدرجة التي تكون هذه المهارات مفيدة لهم وظيفيا. ويجب ان نعرفهم ببعض الكلمات التي يحتاجون لاستخدامها مثل (توقف - خطر - رجال - نساء - دخول - خروج - احذر - اعبر - . . . . . .الخ) تعتبر هامة لتحقيق أي درجة من الاستقلالية لديه، وكذلك مهارات عد النقود ومفردات الأشياء.

٦. **الأنشطة الحركية:**

تقترن الإعاقة العقلية غالبا بإعاقات حركيه مما يمثل حائلا بين الطفل و المحيطين به. كما تمثل الإعاقة الحركية عائقا قويا للطفل عن استكشاف البيئة المحيطة، لذلك كان واجب على واضع البرامج أو الأخصائي الرياضي أن يهتم بتنمية أوجه القصور في القدرات الحركية لدي الطفل المعاق من خلال تصميم الأنشطة الحركية و التدريبات الملائمة للوصول بمستوي الأداء الحركي و القدرات الحركية إلي المستوي الذي يمكنه من القيام بأنشطة الحياة اليومية التي يحتاج إليها الفرد الطبيعي خلال يومه العادي، و منها علي سبيل المثال الجلوس مستقلا، الوقوف، المشي، التجول ب حرية في محيطه واستكشاف البيئة المحيطة به و التنقل المريح بما يؤمن قضاء احتياجاته و مجاراة رفاقه في أنشطتهم للحياة اليومية،

وتصميم الأنشطة الحركية ليس بالعملية السهلة فهي تحتاج إلى خبره واسعة بأساليب تقييم القدرات الحركية هذا بالاضافه إلى الإلمام بالجوانب التشريحية و العلاجية، وهي مهارات يجب أن يكتسبها مدرس التربية الخاصة بمضي الزمن لكي يتمكن من تصميم نشاط حركي أو حركي توقيعي ينمي المهارات الحركية للطفل.

٧. **الجوانب النفسية:**

وهي جوانب هامة يجب أن يحسن مدرس التربية الخاصة التعامل معها حيث لا تخلو حالة إنسان سوي من اضطرابات نفسيه أو حالات عدم اتزان في بعض الأحيان فما بالنا بحالة الطفل المعاق فكرياً والتي لابد أن تقترن بالعديد من المشكلات السلوكية، ومنها مثلا إيذاء الذات أو إيذاء الآخرين، العزلة وانخفاض تقدير الذات، السرقة أو المشكلات الجنسية مثلا.. و كلها مشكلات سلوكية تعوق الفرد المعاق فكرياً من النمو بشكل سوي يضمن له أن يندمج في البيئة المحيطة به بشكل كامل حيث أنه قد تؤدي إلي نفور المحيطين بالطفل منه كما أنها قد تؤثر بشكل كبير في عمليه اكتساب المهارات أثناء عملية التعلم لذلك يجب على مدرس التربية الخاصة أن يكون قادرا على التعامل مع مثل هذه المشكلات أثناء عملية التدريس حتى يتمكن من توصيل المحتوي التعليمي للطفل بالرغم من المعوقات النفسية التي قد تصادفه.

٨. **برامج التنشئة الاجتماعية:**

وهي أيضا من الجوانب الهامة التي يجب ان يتضمنها المحتوي التعليمي لمناهج المعاقين فكرياً. حيث يجب أن تزوده المناهج التعليمية التي توضع له بالمهارات الاجتماعية اللازمة التي تمكنه من تكوين علاقته بنفسه.. كما يجب أن تدربه علي تقبل و التعامل مع أشكال العلاقات التي يمكن أن تتواجد بينه و بين المحيطين به، وتدربه بشكل جيد مع آليات التعامل مع الآخرين.

لذلك يجب ان يكون مدرس التربية الخاصة قادرا على إكساب الطفل مثل هذه المهارات الاجتماعية عن طريق تدعيمية للأشكال الإيجابية للمعاملات مع الأصدقاء داخل الفصل، أو وضع الطفل في مواقف اجتماعيه ملائمة تسمح له إخراج أشكال السلوك الاجتماعي المرغوب من خلال أنشطة الرحلات أو الألعاب الجماعية أو المعسكرات.. وبذلك يجب ان

يكون مدرس التربية الخاصة قادرا على رصد المشكلات الاجتماعية لدي الطفل، التعامل معها من خلال الانشطه و البرامج التي يراها مناسبة، تقييم مدي فاعلية هذه البرامج و الأنشطة و قدرتها على التغلب على مشكلة الطفل المعاق و إكسابه السلوك الاجتماعي المرغوب.

٩. **برامج التهيئة المهنية:**

يعتبر التوظيف أو التأهيل المهني هو القمة الرئيسية لأي سلم أو نظام تعليمي. فالفرد منا يتعلم و يكتسب المهارات اللازمة لكي يكون له في النهاية وظيفة مناسبة تكسبه صفة الأهمية و تمكنه من ان يكون فردا نافعا في المجتمع وهو الهدف الأساسي لأي نظام تعليمي (خلق الفرد الصالح الذي ينفع نفسه و مجتمعه) إلا أن التمهيد للأمور المهنية لدي الأفراد المعاقين فكرياً يجب أن يبدأ من فتره مبكرة من حياة الطفل، حيث يتطلب إعداد الطفل لها فترات طويلة، كما أنه يجب أن لا نترك فرصة للخطأ حيث يصعب علاج الآثار السلبية لأي خبرات سيئة قد يتعرض لها الطفل خلال المراحل الأولي من العمل، وبذلك يجب علينا توخي الحذر عند اختيار المسار المهني للطفل.

و كما قلنا يتخرج الطفل و يبدأ في الالتحاق بالعمل في فتره مبكرة من حياته، لذلك يجب علينا إكسابه مهارات العمل من سن مبكر من خلال برامج للتهيئة المهنية يتعلم الطفل من خلالها مهارات مهنية عامة تصلح لأن تؤهله للعديد من المهن دون تحديد، و منها الربط، التعبئة، الخياطة، الدق، العقد، الربط و غيرها من المهارات اليدوية بما يفتح المجال أمامه في المستقبل للاختيار من بين العديد من المهن المهنة التي تناسب قدراته و ميوله وتحقق له الثقة بالذات و القدرة على قضاء الوقت فيما يفيد.. لذلك يجب على مدرس الأفراد المعاقين فكرياً على أن يكون قادر على أن يحدد قدرات الطفل المهنية أن يساعد الطفل في اختيار المهنة التي تناسب قدراته و ميوله و أن يساعد الطفل في تعلم هذه المهنة والتمكن منها.. و بالتالي تحقق له نجاحا فعليا يؤمن له الاستمرار في هذه المهنية.

مراحل التدخل لوضع البرامج و التعامل مع المشكلات التعليمية و السلوكية للأطفال المعاقين فكرياً

بالرغم من اختلاف طبيعة الفرد المعاق فكرياً عن طبيعة الأفراد الأسوياء مما يتطلب أسلوبا مختلفا في التعامل أو بعني أخر شكل مختلف من أشكال التدخل عن تلك التي تتبع داخل فصول الأسوياء إلا إننا يمكن أن نجزم أن خطوات التدخل قد تتبع نفس الأسلوب المنطقي من حيث نوعيه خطوات التدخل و ترتيبها و تسلسلها و تتابعها، فمبدئيا يجب أن نشعر بوجود قصور من نوع معين يجب أن نعالجه، ثم نبدأ في تقييم الطفل و معرفة الأسباب و جمع البيانات، ثم اقتراح الحلول أو برامج التدخل، ثم تحديد الأدوار و تنفيذ البرامج المفترضة للتدخل، مع ضمان استمرار عملية التقييم من خلال تقييم بيني وتقييم نهائي.

و لقد ابتكر « جوتكن و كيرتس» (١٩٨٢) نموذجا لحل المشكلات يفضل أن يستخدمه الكثيرون من علماء التربية و علم النفس استخدامه تتلخص خطواته فيما يلي:

١) تحديد و تعريف مشكلة أو أوجه القصور لدي الطفل.

٢) تحديد العوامل التي قد تكون قد تسببت في المشكلة و أيضا العوامل المؤثرة على الطفل أثناء تنفيذ الحلول.

٣) اقتراح الحلول المناسبة لحل المشكلة.

٤) الاختيار من بين الحلول للحلول الأنسب التي قد تساهم في حل المشكلة بشكل فعال و التي تناسب الإمكانات و الموارد المتاحة.

٥) تحديد المستويات و الاختصاصات لكل فرد ممن يشاركون في حل هذه المشكلة.

٦) تنفيذ هذه الحلول و الاستراتيجيات.

٧) تقييم فاعلية هذه الحلول و مدي كفاءتها في حل المشكلة و إجراء التعديلات المطلوبة إذا دعت الحاجة لذلك.

مراحل تخطيط البرامج

تخضع عملية تخطيط البرامج بشكل كبير للخطوات المنطقية السابق الحديث عنها التي نص عليها نموذج « جوتكن و كيرتس « لحل المشكلات. سواء من حيث الترتيب المنطقي أو من حيث تسلسل الخطوات و تتابعها، فنراها تمر تقريبا بنفس المراحل التي نص عليها النموذج، و فيما يلي شرحا عمليا تطبيقيا من وجهة النظر الشخصية لهذا النموذج و أسلوب تطبيقه في مجال التربية بالنسبة للأطفال المعاقين فكرياً، و هو التسلسل الذي تمر به عملة تخطيط البرامج في الكثير من المؤسسات حديثا إلا أن ما يلي يعتبر تحديدا و رسما للأبعاد التطبيقية للنموذج بشكل كبير لعملية تخطيط البرامج و مراحله، والتي أعتقد أنها تمر بما يلي:

(١) تحديد الهدف من عملية التدريس.

(٢) التقييم و تحديد قدرات الطفل في إطار الهدف المحدد.

(٣) اختيار البرامج.

(٤) تقنين الجرعات التعليمية.

(٥) تحديد الأهداف بعيدة المدى.

(٦) تحديد الأهداف قريبة المدي.

(٧) تصميم الأنشطة التعليمية.

(٨) تحديد و صياغة الأهداف الجزئية (قريبة المدى).

(٩) التنفيذ الفعلي.

(١٠) التقييم البيني.

(١١) التقييم النهائي.

وفى السطور التالية سنوضح كل نقطة بالتفصيل:

١. تحديد الهدف من عملية التدريس:

(الإحساس بوجود مشكلة لدي الطفل أو الرغبة في إحداث تطوير لقدرات الطفل)

تبدأ عملية تخطيط البرامج ببداية أول خطوة منطقية قد تتبادر لأذهان القائمين علي تعليم الأطفال المعاقين فكرياً و هي الإحساس بوجود مشكلة لدي الطفل أو الرغبة في

إحداث تطوير لقدرات الطفل، فالشعور بوجود مشكلة أو قصور في قدرات الطفل هو الدافع الأول و المحرك الأساسي للمدرس أو المهتمين بالطفل و تعليمه للتحرك والتدخل لإيجاد حل للمشكلات المرصودة في هذا المجال.

فمثلا أشعر أن الطفل غير قادر علي خدمة نفسه بالشكل الملائم، أن الطفل غير مزود بالمهارات الأكاديمية اللازمة، أن الطفل لا يستطيع أن يقضي وقت فراغه بالشكل المناسب، أن الطفل علي أعتاب دخول بطولة رياضية بالرغم من عدم قدرته علي تحقيق مستوي مناسب لهذه البطولة. أن الطفل لا يوم بمهنة مناسبة له، قد تعتبر مشكلات تواجه القائمين علي تعليم و تربية الطفل المعاق فكرياً، و هي أمور تتطلب تدخل المدرس لتحديد أبعاد المشكلة و تحديد الهدف من عملية التدريس و البحث لحل مناسب لمشكلة الطفل

٢. التقييم و تحديد قدرات الطفل مجال التدريس المحدد:

يختلف التقييم في المجال النفسي و التربوي عن التقييم في الكثير المجالات العلمية الأخرى. حيث يتم إجراء عملية التقييم علي كائن بشري تتفاوت خصائصه و سماته بشكل كبير من كائن لآخر بما يشمله ذلك من تأثير هذه الخصائص و السمات كل منها علي الآخر.. بخلاف ما يتم في المجالات العلمية الأخرى من إجراء عملية التقييم علي كم فيزيائي جامد ثابت الخصائص و السمات. و بالتالي تصعب عملية التقييم في مجال التربية بشكل كبير يتعرض المقيم في المجال التربوي للطبيعة البشرية بما لا يمكن معه الحكم علي الطفل بسهولة و بشكل مباشر في معظم الأحيان. و مما يضطره في الكثير من الأحيان إلي توخي الحذر و محاولة تثبيت الكثير من الظروف و العوامل لكي يتمكن من الحكم علي مستوي الطفل بشكل يتوافر فيه الكثير من الدقة و الحيادية.

و يتسع مجال القياس في التربية الخاصة ليشمل مساحات واسعة و مهارات متعددة يجب علي المدرس لكي يقوم المدرس بإجراء عملية تقييم ناجحة فيها أن يكون علي مستوي كبير من الدراسة و الخبرة و التدريب لكي يتمكن من القيام بمهمة مثل هذه. و سيتم في إطار تدريبنا هذا شرح مهارات لا بأس بها في مجال القياس النفسي و أساليبه و كيفية تطبيقه و الإطار العام الذي يسير فيه. ز و تعتبر عملية القياس و التقييم أول الخطوات الحقيقية علي

طريق التدخل للتعامل مع المشكلة و حلها. و يتم التقييم في مجال التربية بالنسبة للمعاقين عن طريق العديد من الأشكال و الطرق (رسمية و غير رسمية). كما وصحناها في فصل تقييم وتشخيص الإعاقة الفكرية.

٣. اختيار البرامج:

بمجرد وقوفنا علي قدرات الطفل الفعلية و توصلنا لما يعرفه و ما لا يعرفه من مهارات نكون قد وضعنا أنفسنا علي بداية الطريق الصحيح لوضع البرامج، و يتم وضع البرامج بإتباع تسلسل البرامج الموجودة ببنود المقياس أو القائمة الارتقائية التي تم تطبيقها لتقييم الطفل. حيث يتدرج المدرس في التعليم علي بنود المقياس التي يعرفها أو يؤديها الطفل حتى يصل إلي أول بند يلي هذه البنود مباشرة لا يؤديه الطفل ليعتبره المدرس برنامج التدريس التالي المقترح و علي اعتبار أنها المهارات التالية المستهدفة في التدريس في الخطة التعليمية المقبلة.

مثال: يمكننا أن نأخذ مثالا من خلال استعراض جزء من أجزاء مقياس أو قائمة ارتقائية تخيلية لبنود مجال من مجالات التدريس و ليكن مجال الأداء الاستقلالي أو مجال رعاية الذات، لجزء من أجزاء رعاية الذات و ليكن الجزء الخاص بالنظافة. فنجد أن شكل بنود المقياس يمكن أن يكون كما أن يضع يده تحت الماء.

- أن يغسل يديه.
- أن يمسح وجهه بالماء مقلدا الآخرين.
- أن يستعمل الطابونة.
- أن يغسل ووجهه بمفرده.
- أن ينشف يده ووجهه بشكل كامل.
- أن يغسل أسنانه.
- أن يرش الماء علي جسمه عندما يساعده أحد علي الاستحمام.
- أن يدعك جسمه بالليفة أثناء الاستحمام.
- أن يستحم بمفرده.

ففي هذه الحالة يتدرج المدرس مع الطفل طالبا منه أداء المهارات الموجودة بالقائمة. فيبدأ بأول بند و هو «أن يضع يده تحت الماء «. فإذا وجد الطفل تؤديه ينتقل للبند الذي يليه و هو « أن يغسل يديه»، فإذا وجد الطفل يؤدي هذا البند ينتقل المدرس إلي البند الذي يليه و هو « أن يمسح وجهه بالماء مقلدا الآخرين « فإذا لم يجد الطفل يؤدي هذا البند يكون هذا البند هو البرنامج المقترح للتدريس في المرحلة المقبلة، و بعد الانتهاء من تدريس البند يعيد المدرس عملية التقييم مرة أخري للبند التالي، فإذا وجد الطفل يؤديه ينتقل للبند الذي يليه، أما إذا لم يجد الطفل يؤدي هذا البند يعتبره برنامجا جديد للتدريس، و هكذا حتى انتهاء بنود القائمة أو المقياس».

محددات اختيار البرامج:

و بالرغم من تفضيل إتباع المدرس لتسلسل المقياس أو القائمة التي استخدمها المدرس للتقييم إلا أن هذه البنود غير ملزمة للمدرس في اختيار برامج خطته و ذلك بسبب ما يلي:

(١) عدم ملائمة البند لقدرات الطفل:

فقد يجد المدرس نفسه في بعض الأحيان مضطرا لتخطي بند أو أثنين و اختيار البند الثالث في المقياس أو القائمة كبرنامج للتدريس نظرا لعدم مناسبتهما لقدرات الطفل حيث يتوقع المدرس عدم قدرة الطفل علي أداء هذين البندين لقصور واضح في قدرات الطفل (وجود إعاقات مصاحبة تحول دون التمكن من الأداء الحركي، وجود مشكلات نفسية تؤدي إلي الانعزال، قصور في القدرات العقلية، مثل عدم القدرة علي التركيز أو التشتت و عدم الانتباه) أو لتأكده بشكل كبير من عدم قدرة الطفل علي أداء هذه المهام .

(٢) تدرج المقياس أكثر من اللازم:

و في حالات أخري قد يري المدرس ان المقياس تدرج بصورة أكثر تفصيلا من اللازم بحيث وضع تفصيلات زائدة قد تنطبق علي بعض الحالات في حين لا تحتاج الحالة التي يعمل عليها المدرس حاليا لكل هذه التفصيلات.. فيري المدرس تخطي بند أو اثنين و عدم اتخاذهما كبرامج للتدريس و اتخاذ البند الثالث كبرنامج للتدريس حيث يمكن للطفل بالممارسة تدارك هذا البند أو هاذين البندين اللذين تخطاهما المدرس أثناء وضع البرامج

دون الحاجة منا لتدريس هذه البنود كبرامج خاصة و إضاعة الوقت في محاولة إكساب الطفل إياهما حيث سيتمكن الطفل في المستقبل القريب من اكتساب هذه المهارات بالممارسة دون الحاجة لإضاعة الوقت في تدريسهما بشكل خاص . .

(٣) عدم ملائمة البند لبيئة الطفل:

و قد يجد المدرس نفسه مجبرا علي إهمال بعض البنود في المقياس أو القائمة الارتقائية التي يستخدمها حين يجد أن البند غير مناسب لبيئة الطفل المحلية فواضع المقياس أو القائمة يضع المقياس أو القائمة بناء علي البيئة المحلية له (التي يعيش فيها أثناء وضع المقياس) فيضع بنود يري أنه يجب علي الطفل إجادتها في حين قد تخالف هذه البنود واقع بيئات أخري لا توجد ضرورة لإجادة الطفل لها حيث أنه قد لا يتعرض لها في بيئته علي الإطلاق فمثلا: في بعض المقاييس أو القوائم الارتقائية قد نجد بنودا في مجال « الرعاية الذاتية « تتدرج بمستوي الطفل من:

- أكل الطعام بإصبع واحد.
- تناول الطعام بكل الأصابع أو بكامل اليد حتى و لو وجد انسكاب واضح في الطعام.
- التمكن من تناول الطعام بكامل اليد مع عدم وجود أي انسكاب في الطعام.
- الأكل بالملعقة حتى و لو وجد انسكاب واضح في الطعام.
- التمكن من الأكل بالملعقة بدون وجود أي انسكاب في الطعام.
- الأكل بالشوكة حتى و لو وجد انسكاب واضح في الطعام.
- الأكل بالشوكة بدون وجود أي انسكاب في الطعام.
- أن يقطع بعض الأطعمة بالسكين.

في مثل هذه القائمة يجد المدرس نفسه يتدرج في وضع البرامج طبقا لبنود القائمة بدأ من البند الأول و مرورا بالبند الثاني و حتى الخامس، ثم يجد نفسه قد توقف عند البند الخامس حيث لا يستطيع الاستمرار في وضع البرامج طبقا لتسلسل بنود هذه القائمة فأفراد هذا المجتمع أو هذه البيئة لا يستخدمون الشوكة في تناول الطعام في هذه الحالة يمكن للمدرس أن يخالف تتابع بنود القائمة أو المقياس و أن يتغاضى عن إدراج بند أو اثنين من بنود المقياس

أو القائمة التي يراها غير مناسبة لبيئة الطفل (التي تنص علي استخدام الشوكة)، ليضع بند من البنود التي تليها و التي يتم فيها استخدام السكين..

مثال أخر: لا يستطيع المدرس فيه وضع البنود طبقا للتسلسل الحرفي للقائمة الارتقائية أو المقياس الذي يستخدمه عندما يجد بند مثل « أن يستخدم الطفل التليفون بالعملة « تحت بنود أنشطة الحياة اليومية. في حين لا يتواجد تليفونات بعملة في بيئة الطفل.

أو أن يغسل الطفل ملابسه بيديه في حين أن الطفل يستخدم الغسالة الكهربائية أو العكس أن يستخدم الطفل الغسالة الكهربائية في حين أنه قد لا يتوافر غسالة في بيئة الطفل.

(٤) التنوع و الحصول علي برامج أكثر ملائمة:

و ينصح في كثير من الأحيان بوضع البرامج من خلال أكثر من مقياس أو قائمة و أخذ ما يناسب الطفل من كل مقياس من هذه المقاييس دون الاعتماد بنود مقياس واحد لوضع البرامج.. حيث أن هذا التعدد قد يفيد الطفل في الوصول لما يناسبه بشكل أكبر.. ففي بعض الأحيان يكون المقياس المستخدم للتقييم ذو غرض عام فيكون محتويا علي مجالات متعددة وتكون بنود كل مجال من هذه المجالات التي يقيسها المقياس عامة حيث أنها ليست متخصصة عامة بشكل كبير و يرغب المدرس في وضع برامج هذا المجال طبقا لمقياس أكثر تخصصا في هذا المجال.

وعلي سبيل المثال مقياس السلوك التوافقي وكما تحدثنا عنه في الخطوة الثانية فهو مقياس « ذو إطار عام» يقيس مدي التوافق النفسي و الاجتماعي للفرد المعاق فكرياً مع المجتمع. لذلك فهو يعتمد علي تقييم مجالات متعددة كما ذكرنا لتمكن من قياس الهدف الذي وضع من أجله (وهو قياس السلوك التوافقي للفرد مع المجتمع). و من ضمن هذه المجالات مجال التخاطب.. إلا أن مقياس السلوك التوافقي ليس مقياسا متخصصا في مجال التخاطب حيث يقيم الطفل في مجال التخاطب ضمن مجالات متعددة، لذلك فهو يقيمه بشكل عام للحكم. في حين أننا قد نجد مقاييس أخري متخصصة في مجال التخاطب بحيث تقيس هذا الجانب بشكل أكثر دقة و حرفية في مجال التخاطب مثل « مقياس اللغة ». و قد نجد أن المدرس في هذه الحالة بالرغم من أنه يستخدم مقياس السلوك التوافقي للحكم علي مدي توافق الطفل مع البيئة الاجتماعية له إلا أنه من المفضل في هذه الحالة أن يستخدم مقاييس أو اختبارات

أخري إلي جانب مقياس السلوك التوافقي مثل اختبار اللغة العربية أكثر تخصصا في مجال التخاطب عند وضع البرامج في مجال التخاطب.

٤. تقنين الجرعات التعليمية:

(إستراتيجيات وضع البرامج)

أعتقد أن عملية وضع البرامج يجب أن تتم من خلال إستراتيجية محددة تتحدد أبعادها من خلال مراعاة مبدأين أساسيين و هما:

- أن الطفل كيان متكامل.
- أن عملية وضع البرامج عملية متكاملة و ديناميكية.

فارتفاع أو تدني قدرات و مهارات الطفل في مجال تعليمي معين قد يؤثر بالإيجاب أو السلب في المجالات التعليمية الأخرى ، كما أن البرامج التعليمية لمجال تعليمي معين تؤثر في البرامج التعليمية للمجالات التعليمية الأخرى..

الطفل كيان متكامل:

و بما أنه يجب علي المدرس أو واضع البرامج أن ينظر للطفل هذه النظرة « أنه كيان متكامل » أثناء عملية وضع البرامج.. يجب أن لا يضع المدرس البرامج بنفس الكم (عدد البرامج) و الكيف (نسبة التركيز و صعوبة البرامج) في مختلف مجالات التدريس.. فعملية اختيار البرامج و المهارات التعليمية التي يمكن أن نضمنها الخطة التعليمية للطفل لكي تصبح منهجا تعليميا فيما بعد يجب أن لا تتم كعملية رصد مباشر ، متسلسل لبنود المقاييس أو القوائم التي نستخدمها لتقييم قدرات و مهارات الطفل بنفس الكم و نسبة التركيز في كل مجال.. و إنما يجب النظر إليها كعملية ديناميكية متكاملة بحيث قد يؤدي القصور في قدرات الطفل في مجال تعليمي معين علي قدرته علي الإنجاز وعلي طريقة أداءه في باقي المجالات التعليمية ، فلا يتمكن من إنجاز كم البرامج الكبير الذي تم رصده عشوائيا في باقي المجالات بسبب قصور قدرة معينة لديه في مجال معين..

مثال: عند وضع برامج لطفل توحدي « أوتيزم» و هم عينة من الأطفال المعاقين عقلياً و الذين يتسمون بطبيعة و سمات خاصة من أبرز هذه السمات ضعف نسبة التركيز و عدم القدرة علي التواصل مع الآخرين أو البيئة المحيطة يجب علي المدرس (خاصة في المراحل

الأولي للتدخل) أن لا يضع برامجه بنفس الكم في كل مجال من مجالات التدريس و إنما يجب عليه النظر لحالة الطفل ككل و أن يعرف أن القصور في مجال معين لا بد و أن يؤثر علي مستوي الإنجاز في باقي المجالات بحيث أن عدم التركيز علي تكثيف التدريس و البرامج في هذه المجالات (التركيز ، التواصل) و إحراز تقدم نسبي مع الطفل فيها أولا بصفة مبدئية لابد و أن يعوق تقدم أداء الطفل في باقي المجالات (رعاية الذات ، مهارات الحياة اليومية ، الأنشطة الرياضية) مؤديا لعدم تحقيق إنجازات كبير كما يتوقع المدرس في هذه المجالات المتبقية . .

فلا يجب علي المدرس بالنسبة لمثل هذا الطفل مثلا أن تكون برامجه في مجال مثل أنشطة الحياة اليومية كالآتي:

- أن يعد لنفسه وجبة خفيفة.
- أن يغسل ملابسه لشخصية.
- أن يشتري بعض مستلزماته البسيطة من خارج المنزل.
- أن يقضي وقت فراغه بممارسة ألعاب بسيطة (دومينو ، كوتشينة)

فكيف لطفل لا يتمكن من الأداء المتواصل و المتسلسل للمهارات لمدة بسيطة من الوقت (دقيقة مثلا) أن يعد لنفسه وجبة خفيفة مثلا (ساندويتش ، مشروب) أو كيف له أن يتمكن من غسيل ملابسه الشخصية ، أو أن يخرج خارج المنزل لشراء المستلزمات أو أن يقضي وقتا كبيرا في التركيز أثناء لعب لعبة مثل الدومينو . . و هي برامج أو مهام تحتوي علي العديد من المهارات التي يجب أن تتم بشكل متسلسل ، و التي تتطلب نسبة عالية من التركيز . .

إلا أن برامجه في مجال أنشطة الحياة اليومية يمكن أن تكون كالآتي:

- أن يبدي استعداد و تعاونا عند مساعدة أحد له في غسيل وجهه.
- أن يساهم في غسيل وجهه بوضع يديه تحت الماء.
- أن يضع يده وهم مبللة بالماء علي وجهه.
- أن يقوم بتنظيف المائدة بعد الأكل عندما يطلب منه ذلك.
- أن يقضي وقت فراغه في مشاهدة التليفزيون أو سماع الكاسيت.

من هنا نجد أن قدرة عقلية واحدة (التركيز) قد تؤثر بالسلب علي أداء الطفل في باقي مجالات التدريس المختلفة بحيث لا يتمكن من الأداء بشكل مرض في هذه المجالات (رعاية الذات، الأنشطة الاجتماعية، الأنشطة الرياضية) عند وضع المدرس برامج التدريس للطفل فيها بدون وضعه في الاعتبار مهارات الطفل في باقي مجالات التدريس (المجال العقلي أو المعرفي هنا) و تأثير هذه المهارات و القدرات علي أداء الطفل في المجال الذي يضع فيه البرامج. لذلك لا يجب علي المدرس أو واضع الخطة أن يكدس خطة الطفل في مجال معين (رعاية الذات، الحياة اليومية، الأكاديمي مثلا) ببرامج لن يستطيع الطفل إنجازها كلها نظرا لضعف قدراته في مجال آخر بشكل كبير (المجال العقلي أو المعرفي مثلا).

مثال آخر: لطفل لديه إعاقة حركية بسيطة في يديه، فهل يجب علي المدرس أن يضع له برنامج لرعاية الذات مثل (أن يشرب بكوب بمفرده) قبل تنمية المهارات الحركية لدي الطفل أولا بشكل يمكنه من أداء برنامج رعاية الذات بشكل مناسب. و لا يعني عدم وضع برامج أخري بجانب برامج التركيز و التواصل بالنسبة لهذه الحالة، و إنما يجب علي المدرس أن يضع برامج في باقي مجالات التعليم و لكن بكثافة أقل من المجالين المطلوب التركيز عليهما بصورة أساسية.

كما يجب أن تتم عملية وضع البرامج بمراعاة العمر الزمني للطفل حيث يجب أن يتدرج تدريس المهارات في المجالات المختلفة للطفل فلا يجب أن يتم تدريس البرامج في مجالات التدريس المختلفة بنفس الكم و بنفس الجرعات من التركيز إلا أنه يجب أن نتدرج في تدريس المهارات (بالزيادة أو النقصان) في مجالات التدريس المختلفة بحيث تقل في بعض المجالات التي يجب أن تقل فيها البرامج بزيادة عمر الطفل (مثل المجالات الأكاديمية، و مجالات المهارات الشخصية و الاجتماعية) و تزداد في مجالات التدريس التي يجب أن تزداد فيها البرامج بزيادة عمر الطفل (مثل مجال مهارات الحياة اليومية المتقدمة، مجال المهارات المهنية)..

عملية وضع البرامج عملية متكاملة و ديناميكية:

بما أن الطفل عبارة عن كائن متكامل و أن مهاراته و قدراته الشخصية يؤثر كل منها في الآخر يجب أن نتفق علي المبدأ الثاني و هو أن عملية التدريس للطفل عملية متكاملة فبرامج الطفل أو مجالات التدريس هي الأخرى متكاملة و يكمل كل منها الآخر و يؤثر كل منها في الآخر فالطفل أثناء أداءه لبرامج الرعاية الذاتية يستخدم مهارات حركية، كما أن أداءه للأنشطة الحركية يرتبط كثيرا بالمجالين النفسي و الاجتماعي لدي الطفل و لقد أثبتت العديد من الدراسات أن التقدم في الأداء الحركي و التوفيعي يزيد من مستوي الأداء الاجتماعي للأطفال مع زملائهم داخل الفصل لذلك ففي المثال السابق يجب علي المدرس أن يضع برامج في مجالات التعليم الأخرى (مهارات الحياة اليومية، التخاطب، الأنشطة الرياضية، ... مثلا) تراعي و تخدم برامجه مجالين القصور الأساسيين المطلوب التركيز عليهما (التركيز، التواصل) و أن تعمل علي تنميتهما أثناء تطبيق هذه الأنشطة وفي المثال الآخر يجب علي المدرس وضع برامج لتنمية القدرة الحركية في برامج المجال الحركي للطفل الذي يعاني من قصور في القدرة الحركية لبده أو مثلا يجب أن يراعي المدرس إكسابه المهارات الاجتماعية المطلوبة لطفل منطو عند ممارسته النشاط للعبة الرياضية التي يحبها للتغلب علي الانعزال اجتماعيا أو الانطواء.

فعلينا أن نسأل أي المجالات قد يؤثر بالسلب أو الإيجاب بشكل أكبر علي باقي المجالات الأخرى ؟ و من ثم أي المجالات يجب أ ن أراعيه بشكل أكبر عند وضع البرامج في المجالات الأخرى ؟

يكون الرد أن احتياجات و مهارات الطفل الفعلية هي التي تحدد أي المجالات يحتاج إلي التركيز أكثر من المجالات الأخرى.

٥. **تحديد و صياغة الأهداف بعيدة المدي:**

و يمكن صياغة بنود المقياس أو القائمة الارتقائية التي تم اختيارها للتدريس في صورة صياغات أكثر عمومية، مثل:

- زيادة الحصيلة اللغوية.
- زيادة مدة التركيز.

- التمييز بين الألوان الأساسية.
- المشاركة مع الآخرين.
- إتباع التعليمات.
- التفريق بين الطيور و الحيوانات.
- تحسين التوافق العضلي العصبي.
- تقليد حركات الآخرين.
- كتابة ١٠ كلمات.

و اعتبارها « أهداف بعيدة المدى » تتحقق علي مدي معين سنوي أو نصف سنوي بحيث تصف هذه الأهداف ما هو متوقع من الطفل أن ينجزه خلال زمن محدد. مع الوضع في الاعتبار أن هذه الأهداف في حد ذاتها ليست شيئا تفصيليا كافيا يمكن استخدامه كخطة تعليمية متكاملة، كما أنها لا تعطينا هذا التفصيل حيث أنه يخضع لعوامل أخري سيأتي ذكرها فيما بعد، و لكن هذه الأهداف التعليمية تحدد لنا الاحتياجات التعليمية الأساسية التي سيبني عليها الأهداف التفصيلية للخطة.

٦. **تحديد الأهداف الجزئية (قريبة المدى):**

بعد أن يضع المدرس الأهداف بعيدة المدى يجد في الغالب أن هذه الأهداف عامة و مجملة في صياغتها، كما أن هذه الأهداف تكون كبيرة الحجم و بعيدة المدى.. لذلك يجد المدرس أنه من غير الواقعي أو المنطقي تنفيذ هذا الهدف مع الطفل دفعة واحدة (نظرا لما تعرفنا عليه فيما سبق من سمات و خصائص للأفراد المعاقين فكرياً).. إلا أنه يمكن للطفل أن يحقق هذه الأهداف (بعيد المدي) في حالة تجزئتها إلي أهداف جزئية صغيرة مرحلية (علي فترات قصيرة من الوقت) تعمل في نهاية المدي الزمني الإجمالي للهدف بعيد المدي علي تحقيق هذا الهدف « بعيد المدى » من خلال إنجاز الطفل للأهداف الجزئية المرحلية «قريبة المدي»..

مثال: عند تدريس المدرس لهدف مثل أن يتعرف الطفل علي مفهوم الخشن و الناعم.. يكتشف المدرس أن تدريس مثل هذه المفاهيم يعتبر هدف مجمل و مركب كما أنه هدف كبير الحجم بالنسبة للطفل لا يمكن تدريسه أو إكتسابه بصورته المجملة كبيرة الحجم الحالية

(خاصة بالنسبة لفرد معاق). . ويجد أنه من الواجب عليه أن يعمل علي تجزئة مثل هذا الهدف المركب إلي أهداف جزئية مرحلي قريبة المدي يسهل علي المدرس تدريسها و يسهل علي الطفل إكتسابها. . فيجزء الهدف إلي أهداف أصعر مثل:

- أن يسمي ٣ أشياء ناعمة، أن يسمي ٣ أشياء خشنة.
- أن يسمي ٦ أشياء ناعمة، أن يسمي ٦ أشياء خشنة.
- أن يصف ملمس الأشياء الناعمة، أن يصف ملمس الأشياء الخشنة.
- أن يفرق بين شيئين (أحدهما ساخن و الآخر بارد) لم يراهما من قبل بصفتهما (ساخن، بارد).

٧. **تصميم الأنشطة التعليمية:**

بعد تحديد الأهداف الإجمالية بعيدة المدى و تجزئتها إلي أهداف جزئية قريبة المدي يجد المدرس أنه حتى الآن مازالت الأهداف التي تم اختيارها للتدريس سواء في حالتها الإجمالية أو حتي الجزئية للتدريس بشكل مباشر و إنما يجب صياغتها في صورة أدائية فعلية يمكن أن يؤديها الطفل و تؤدي به في النهاية إلي التعلم و إكتساب المهارة المراد إكسابه إياها.

فهدف مثل أن يتعرف الطفل علي ثلاثة أنواع من أنواع الحيوانات مثلا هدف لا يمكن تدرسيه بشكل مباشر فالهدف لم يوضح ما سيفعله الطفل بشكل كامل لكي يتعرف علي هذا الأنواع الثلاثة من الحيوانات. كما أنه لم يعبر عن الظروف التعليمية التي سيوضع فيها الطفل و التي بدونها لا يعتبر إنجاز الطفل للهدف إنجازا كاملا كما أن هذه الأهداف لم تعبر عن الأدوات التي سيتم إستخدامها في تطبيق هذه الأهداف لذلك يجد المدرس أنه يجب عليه صياغة الأهداف الجزئية يف صورة أدائية (في صورة أنشطة تعليمية) يقوم بها الطفل لإتمام عملية التعلم.

مثال آخر عند تعليم المدرس للطفل لمفهوم الخشن و الناعم الذي تحدثنا عنه في صياغة الأهداف الجزئية « قريبة المدي» نجد أن المدرس لا يستطيع أن يعلم الطفل المعاق فكرياً مثل هذه المفاهيم بطريقة مباشرة عن طريق عرض شيئين من الأشياء أحدهما خشنا و الآخر ناعما قائلا للطفل « دي هي الحاجات الخشنة، و دي هي الحاجات الناعمة ، المس ،

حاسس الفرق» مثلما يحدث عند التدريس للأطفال الأسوياء فهذه الطريقة و إن كانت مباشرة و تصلح لتعليم الأسوياء إلا أنها لا تصلح لتعليم الأفراد المعاقين فكرياً.

ففي حين يتمكن الفرد السوي عن طريق استخدام أمر لفظي واحد و تعرض مباشر للخبرة أن يتعلم المفاهيم التي يريد المدرس إكسابها له حيث تمكنه قدراته العقلية من الرصد المباشر للخبرة، كما تتضافر هذه القدرات و تتفاعل مع بعضها البعض لتجزئة الواقع الفعلي للخبرة فتعمل كل مهارة عقلية علي تحليل واقع الخبرة من جانبها و تمييزه بميزة معينة و إعطاءه الأكواد العقلية التي ستميزه فيما بعد مدي الحياة بحيث تعرفه أينما وجد و بأي شكل وجد فتعمل المناطق الحسية في المخ مثلا علي تكوين إشارات تميز الخبرة الجديدة، و تعمل القدرة علي التحليل علي التعرف علي مكونات الخبرة، و تعمل القدرة علي المقارنة علي التعرف علي الخبرة و مقارنتها بما يقاربها من خبرات سابقة، و تعمل القدرة علي التصنيف علي تصنيف الخبرة الجديدة تحت بند ملائم من الخبرات و تعمل القدرة علي الإستنتاج في النهاية علي تعميم الخبرة علي كل المواقف المشابهة لا يمكن للقدرات العقلية للفرد المعاق ذهنا العمل بهذا التناغم و هذه الكفاءة و التكامل لاكتساب الخبرة لذلك يجد المدرس نفسه مضطرا إلي مخاطبة كل قدرة معرفية علي حدا، موفرا لها الخبرات و الأنشطة التي تجعلها تكون خبراتها بما يتلاءم مع ما بها من ضعف.

فنجد مثلا أنه إذا أراد المدرس أن يدرس مفاهيم مثل المفهومين اللذين تحدثنا عنهما لفرد معاق فكرياً قد يجد المدرس أن عليه أن يحاول أن يغطي كل جوانب الخبرة عن طريق أنشطة مختلفة.

فنجد أنه يجب عليه أن يجعل الطفل :

يتعرف علي الأشياء الخشنة فقط أولا فيجعله:

- يلمس الأشياء الخشنة بحيث يتعرف عليها و أن يعبر عن إحساسه باختلاف ملمس هذه الأشياء الخشنة عن غيرها من الأشياء.

يصنف الأشياء الخشنة مع بعضها البعض بحيث يتعرف علي المظاهر و السمات التي تميز هذه الأشياء الخشنة عن غيرها من الأشياء فيجعله:

- يختار الأشياء الخشنة من بين مجموعة من الأشياء.

يعمم الخبرة فيجعله:

- يذكر أسماء الأشياء الخشنة في البيئة المحيطة.

يتعرف علي الأشياء الناعمة فقط . . فيجعله:

- يلمس الأشياء الناعمة بحيث يتعرف عليها و أن يعبر عن إحساسه باختلاف ملمس هذه الأشياء الناعمة عن غيرها من الأشياء.

يصنف الأشياء الناعمة مع بعضها البعض بحيث يتعرف علي المظاهر و السمات التي تميز هذه الأشياء الناعمة عن غيرها من الأشياء فيجعله:

- يختار الأشياء الناعمة من بين مجموعة من الأشياء.

يعمم الخبرة فيجعله:

- يذكر أسماء الأشياء الناعمة التي قد تتواجد في البيئة المحيطة.

يفرق بين المفهومين، و يميز صفة التضاد بينهما . . فيجعله:

- يفرز الأشياء الناعمة من الأشياء الخشنة كل نوع منها في جانب.

مثال آخر: فإذا كان الهدف بعيد المدى الذي يريد المدرس تدريسه للطفل « أن يميز الألوان الأساسية من بين مجموعة الألوان» و الأهداف الجزئية هي أن يتعرف علي اللون الأحمر، يتعرف علي اللون الأزرق، يتعرف علي اللون الأخضر . . يمكن لأنشطة المدرس أن تكون كالآتي:

- أن يتعرف علي اللون الأحمر.
- أن يسمي اللون الأحمر.
- أن يختار اللون الأحمر من بين مجموعة من الألوان.
- أن يتعرف علي اللون الأزرق.
- أن يسمي اللون الأزرق.
- أن يختار اللون الأزرق من بين مجموعة من الألوان.
- أن يتعرف علي اللون الأخضر.
- أن يسمي اللون الأخضر.
- أن يختار اللون الأخضر من بين مجموعة من الألوان.

- أن يفرز مجموعة من المكعبات بالألوان الثلاثة، كل لون بمفرده من بين مجموعة من المكعبات.

و تأتي أهمية الأنشطة التعليمية في أنها حلقة الوصل الرئيسية بين الواقع النظري لوضع البرامج و التدريس الفعلي لها و للخبرات و المهارات التي تمكن الطفل من إنجاز هذه البرامج و يجب علي المدرس أن يعمل علي وضع الأنشطة أو الأهداف التعليمية في تسلسل و تناسق بسيط يراعي قدرات الطفل كما يجب عليه أن يبتكر له الأنشطة بحيث تصبح أكثر مناسبة لقدرات كل طفل علي حدا، و بحيث توصل له المعلومة كأفضل ما يكون و تتوقف قدرة المدرس علي تصميم الأنشطة علي العديد من العوامل.

٨. صياغة الأهداف قريبة المدى (الجزئية) و الأنشطة التعليمية:

بعد تحديد الأهداف الجزئية و الأنشطة التعليمية التي ستستخدم في تعليم هذه الأهداف بعيدة المدى يجب صياغة هذه الأهداف الجزئية و الأنشطة التعليمية في صورة أهداف تعليمية مكتوبة و يجب أن تكون هذه الأهداف التعليمية مكتوبة حتى يتمكن المدرس فيما بعد من الحكم علي النشاط هل تم تنفيذه بالشكل الذي كان يريده منذ البداية أم لا ؟ فتسجيل هذه الأهداف التعليمية وسيلة هامة لحفظ هذه الأهداف و تأمين لها من الضياع أو النسيان فلن يتمكن المدرس من تذكر كل شئ بنفس الدقة كما أن كتابة الهدف تعد ذات أهمية خاصة إذا كان المقيم ليس هو مدرس الفصل أو واضع النشاط (مشرف من الخارج).

و لقد تم الاصطلاح علي عدة مكونات للهدف التعليمي لا يعد الهدف دقيقا بشكل كبير إذا لم يشتمل عليها و هي:

- أن + فعل سلوكي

أي يأتي بعدها مصدر الفعل غير مصرفا في أي زمن.

- فعل أدائيا في المصدر:

و يجب أن يكون الفعل أدائي و ليس عقليا. أي يمكن قياس مدي تحققه ظاهريا في حالة استخدام صيغة الأمر منه فمثلا أفعال مثل: يدرك، يعرف، يفهم، يعي، يكتسب أفعال لا يصلح استخدامها لكتابة الأهداف التعليمية فعند التدريس لا يمكن للمدرس أن يستخدم أوامر مثل إدرك، افهم، اكتسب للتدريس للطفل و بالمثل عند إجراء عملية التقييم

لا يستطيع المدرس استخدام ألفاظ مثل هل فهمت ؟ هل أدركت ؟ هل اكتسبت ؟ لقياس مدي تحقيق الطفل للأهداف الموضوعة مسبقا فأداء الطفل في هذه الحالة لن يعبر عمما إذا كان الطفل قد فهم فعلا أو أدرك أو اكتسب الأهداف التعليمية. . فأفعال من نوعية الأفعال السابقة (الفهم، الإدراك، الاكتساب) أفعال عقلية يؤديها العقل و من ثم فهي غير ظاهرة الأداء كما أن نتائجها لا يمكن ملاحظتها بشكل مباشر عند أدائها و لكن يتم ملاحظتها بشكل غير مباشر عن طريق أفعال ظاهرة أخري غير مباشرة تحدث نتيجة لتحقق هذه الأهداف العقلية، أي كنتيجة للفهم أو الإدراك أو الاكتساب و لهذا فأهداف مثل هذه الأهداف العقلية بالرغم من أنها تعد الأهداف الفعلية لعملية التدريس حيث أن العقل هو المستهدف الأول من عملية التدريس إلا أنها لا يمكن أن تستخدم في صياغة الأهداف التعليمية نظرا لعدم قدرتنا علي استخدامها استخدام مباشر في عملية التدريس.

في حين أن أفعال مثل يصنف، يرتب، يختار، يرسم، يكون أفعال ظاهرة الأداء يمكن للمدرس استخدام فعل الأمر منها كأمر للتدريس أثناء التدريس للطفل مثل اختار، رتب، إرسم كما أن نتيجة أداء هذه الأفعال ظاهرة أثناء إجراء عملية التقييم عند إستخدام صيغة الأمر منها عند توجيه الأوامر للطفل أثناء إجراء عملية التقييم عندما نقول للطفل إختار، رتب، إرسم فإذا فعل الطفل هذه الأفعال يكون قد أنجز بالفعل الأهداف الموضوعة و أدرك و فهم و إكتسب ما هو مطلوب منه و العكس صحيح فإذا لم يؤد الأوامر الموجهة إليه يكون قد فشل في إنجاز ما هو مطلوب منه من أهداف و من هنا نستنتج أن إستخدام أفعال المجموعة الثانية (الأدائية الظاهرة الأثر) عند صياغة الأهداف التعلمية أوقع من إستخدام نوعية الأفعال الأولي (العقلية) لما تتمتع به الفئة الثانية من الأهداف من أداء ظاهر و إمكانية للرصد المباشر عند الأداء.

- **ظروف و أدوات النشاط المستخدم لتحقيق الهدف:**

و تشتمل الظروف و الأدوات علي كل ما يمكن أن يستخدم أو يؤثر في أو يحدد شكل أداء الطفل للنشاط الموضوع من المدرس لتحقيق الهدف. . فمثلا هدف مثل « أن يركب ٥ مكعبات بطريقة رأسية « تكون الأدوات هنا هي المكعبات الخمسة في حين تكون الطريقة الرأسية للترتيب ظرف من ظروف نجاح الاختبار.

و بذلك تشتمل الأدوات علي كل ما يمكن أن يستخدمه الطفل أثناء أداء الهدف من أوراق، أقلام، مكعبات، أطواق، أزرار، ألوان، خامات من البيئة، في حين تشتمل الظروف علي كل ما يتحكم أو يؤثر في طريقة أداء الطفل للنشاط فطريقة جلوس الطفل أثناء أداء النشاط فقد تؤثر بشكل كبير علي أداء الطفل للهدف فقد يكون أداء الطفل للمهمة من وضع الوقوف أسهل من أداء المهمة إذا أداها الطفل جالسا كما أن بعض المهام أو الأنشطة لا يتحقق فيها الهدف إلا و الطفل راقدا أو مستلقيا علي أحد الجانبين.

كما أن وضع الطفل بالنسبة للأدوات أمامها أو خلفها، وضع الأدوات بالنسبة للطفل أمامه أو خلفه أو علي جانبه و إلي أي مدي تبعد عنه تأثر أيضا في مدي تحقق الهدف و مدي تحقق التأثير و النتيجة المرغوبة منه، كما أن طريقة إمساك أو استخدام الطفل لهذه الأدوات قابضا أو دافعا أو ممسكا بالسبابة و الإبهام مثلا تأثر أيضا بشكل كبير في تحقيق الهدف و النتيجة المرغوبة منه، كما أن طريقة و إيقاع أداء الطفل للمهام المطلوبة بسرعة أو بإيقاع بطئ قد يكون له دور كبير في تحقيق الهدف، كما أن كل ما تشتمل عليه البيئة المحيطة من ظروف أخري يمكن أن تؤثر في أداء الطفل للنشاط من إضاءة أو ملمس للأشياء أو ترتيب للأدوات أثناء أداء النشاط أو أرضية المكان رملية أو صلبة مغطاة أم مكشوفة تأثر بالمثل في مدي تحقق الهدف و إلي أي مدي. . ليس هذا فقط فطريقة و صيغة إلقاء المدرس للأوامر علي الطفل للحصول علي نتيجة معينة تعد من الظروف المؤثرة في الهدف و التي قد تأثر بشكل كبير علي طريقة أداء الطفل له. . فمثلا قد يكون من الصعب علي الطفل أن يوجه إليه المدرس الأمر في الصيغة التالية « ركب المكعبات دي رأسيا « في حين أن ما قد يستخدمه المدرس فعليا في التدريس صيغة مثل « حط المكعبات دي فوق بعض « و أعتقد أن الفرق في التدريس باستخدام الصيغتين و ما قد يحدثه من أثر لدي الطفل واضح لا يحتاج منا إلي توضيح خاصة إذا ما استخدم المدرس الصيغة الثانية في التدريس، و استخدم شخص آخر الصيغة الأولي في التقييم و ما قد يحدثه ذلك من ارتباك للطفل، و ما قد يأتي به من نتائج عكسية علي أداء المهمة المطلوبة من الطفل.

و من المهم هنا أن نذكر أن تضمين الأدوات و الظروف كما تحدث فعليا أو كما يرغب المدرس في أن تحدث فعليا كتابة أثناء صياغة الهدف حتى يتحقق الهدف بشكل دقيق لما

رسمه المدرس فعليا عند صياغة الهدف منذ البداية و حتى لا نربك الطفل أثناء التقييم النهائي للهدف بظروف مخالفة لما اعتاد عليه أثناء التدريب خاصة إذا ما كان المقيم شخص آخر غير المدرس أو واضع الهدف. . لذلك فقد يكون من الأوقع أن يكتب المدرس في صياغة الهدف أن (أن يركب ٥ مكعبات بطريقة رأسية عندما يقول له المدرس « حط المكعبات دي فوق بعض») عن أن يكتب المدرس (أن يركب ٥ مكعبات بطريقة رأسية عندما يقول له المدرس « ركب المكعبات رأسيا») أو أن يترك الهدف تماما دون تحديد صيغة إلقاء الأمر (أن يركب ٥ مكعبات بطريقة رأسية) تاركا صيغة توجيه السؤال للمقيم فيما بعد بما قد يخالف ما يستخدمه يوميا أثناء تدريب الطفل.

- **الاستقلالية:**

و تعبر الاستقلالية عن مدي أداء الطفل للمهمة المنوط بها بدون الاعتماد علي مساعدات خارجية، فعندما يؤدي الطفل المهمة كاملة بدون تقديم المحيطين به له أي نوع من أنواع المساعدة مساعدة يعد الطفل قد أدي المهمة باستقلالية كاملة، في حين يعتبر تقديم المحيطين بالطفل أي نوع من أنواع المساعدة للطفل بأي مستوي من المستويات (بدنية كلية، بدنية جزئية، بدنية باللمس، لفظية) كسرا لاستقلالية الطفل الكاملة في أداء المهمة.

ويجب ذكر مستوي المساعدة المقدم للطفل كتابة أثناء صياغة الهدف و يصح إستخدام أي مستوي من مستويات المساعدة السابق الحديث عنها لفظية، بدنية باللمس، بدنية جزئية في حين لا يصح إستخدام مستوي المساعدة البدنية الكلية حيث يؤدي يعتبر المدرس هو المؤدي الفعلي للنشاط في هذه الحالة (حيث يكون المدرس متحكما تحكما كاملا في أعضاء جسم الطفل، ممسكا بكل بأجزاء الجسم المشتركة في النشاط أو بمعني آخر حاضنا لها) و من هنا فلا يصح إستخدام هذا المستوي من المساعدة (المساعدة البدنية الكلية) لان المدرس يعتبر هو المؤدي الحقيقي للمهمة و أن الطفل لم يتعلم شئ حقيقيا. . في حين جاز إستخدام مستويات المساعدة الأخرى (لفظية، بدنية باللمس، بدنية جزئية) بالرغم من أنه ينصح بشكل كبير باختيار الأداء باستقلالية كاملة عند إختيار المهام للطفل لرغبة المدرس في بعض الأحيان و خاصة مع درجات الإعاقة الشديدة في تجربة الطفل لخبرة معينة و عدم حرمانه من

الإحساس بهذه الخبرة بالرغم من عدم قدرته علي أداءها مستقلا و حاجته لتقديم مستوي معين من مستويات المساعدة للطفل أثناء أداء هذه المهمة.. هذا و يجب عدم الجنوح إلي تقديم مستويات المساعدة عند صياغة الأهداف التعليمية بكثرة إلا عند التأكد بشكل كبير من صعوبة أداء الطفل للمهمة مستقلا بشكل كبير و إختيار مستوي الأداء المستقل بالرغم مما قد يستغرقه من وقت طويل عند تعليم الطفل أثناء تطبيق البرنامج.

- **وضع معيار للنجاح:**

و من المهم أيضا أن نضع محكا أو معيارا للنجاح بمعني آخر نسبة للنجاح إذا وصل إليها الطفل خلال أداءه للهدف يكون قد حقق الهدف فليس ضروريا كما أنه ليس واقيا خاصة بعد أن تعرفنا علي سمات وخصائص الطفل المعاق أن أطالبه بأداء المهمة بنسبة نجاح ١٠٠ ٪ و هو ما قد يعجز عنه الفرد العادي و أيضا إذا أخذنا في الاعتبار مراعاة الفروق الفردية بين الأسوياء فما بالنا بها بين المعاقين فكرياً لذلك يجب علي المدرس وضع فرصة للخطأ إدراكا منه لظاهرة الفروق الفردية و تحسبا لأي طارئ قد يؤثر علي أداء الطفل أثناء إجراء عملية التقييم لكي لا نظلم الطفل لذلك يجب للمدرس أن يصوغ الهدف واضعا في إعتباره أداء الطفل للهدف بنسبة نجاح قد تقل عن ال ١٠٠ ٪. و يمكنه تحديد ذلك توقعا بناء علي تقديره لمستوي الطفل و تقديره لمستوي صعوبة الهدف.

و يتكون معيار النجاح من نسبة المحاولات الصحيحة المتوقعة بالنسبة لعدد المحاولات الإجمالية فمثلا عندما نقول « أن يركب الطفل ثلاثة مكعبات بطريقة رأسية بنسبة نجاح ٧٥ ٪ من رابع محاولة « فالمطلوب من الطفل هنا أن يركب الثلاثة مكعبات ثلاثة مرات صحيحة من إجمالي عدد المحاولات و هو ٤ محاولات و بوجود محاول خاطئة حيث تمثل هنا المحاولة الواحدة بالنسبة للأربعة محاولات ٢٥ ٪ من إجمالي عدد المحاولات و بذلك تمثل الثلاثة محاولات الصحيحة ٧٥ ٪ من إجمالي عدد المحاولات كل محاولة تمثل ٢٥ ٪ من ٣ محاولات ليكون إجمالي عدد المحاولات الصحيحة ٧٥ ٪ في حين تمثل المحاولة الخاطئة الباقية أل ٢٥ ٪ الباقية.

هذا و من المهم أن نذكر أنه في كل الحالات و بالرغم من وضع نسب نجاح قد تكون أقل من نسبة الإجادة الكاملة أثناء تدريس الهدف إلا أنه يجب أن نصل بأداء الطفل للنشاط إلي نسبة الإجادة الكاملة بعد إنتهاء تقييم الهدف و ذلك عن طريق تعميم المهارات.

- **مدي زمني لتحقيق الهدف:**

حيث أنه من المهم حكم مدة التدريس بفترة زمنية محددة للتدريس و عدم ترك الوقت يتسرب دون ضابط بما يهدر وقت الطفل و المدرس في التدريس لمهارات يجب أن تستغرق وقت أقل في التدريس و تدريسها في وقت أطول أو في تدريس مهارات مهمة تحتاج منا إلي وقت و تدريسها في فترات زمنية قصيرة بما يؤدي لعدم أداء الطفل لها بالمستوي المطلوب.

٩. **التنفيذ الفعلي للبرامج مع الطفل:**

و في هذه المرحلة يبدأ المدرس في التنفيذ الفعلي لما اتخذه من سياسات و بالطبع تختلف طرق التدريس للأفراد المعاقين اختلافا كليا و جزئيا عن طرق التدريس المستخدمة مع الأفراد الأسوياء، و التي يمكن أن تأتي بالنتائج التي يرجوها المدرس من عملية التدريس.

١٠. **التقييم البيني:**

ولكن ماذا يحدث إذا قطع الطفل وقتا طويلا من الوقت المقرر للانتهاء من تدريس الهدف دون تحقيق الطفل لإنجاز ملحوظ ؟ أو فهل يستمر المدرس في عملية التدريس مصمما علي إنجازه مهما كلفه ذلك من وقت ؟ ومن ناحية أخري ماذا يحدث إذا شعر المدرس بإنهاء الطفل لأداء الهدف بالشكل المطلوب قبل انتهاء المدة المقررة لأداء الهدف؟ فهل يستمر في التدريس مهدرا وقت الطفل بالرغم من تأكده من إجادة الطفل للهدف بالشكل المطلوب ؟

هنا نتوقف عند عملية مهمة و هي عملية التقييم البيني، وهي عملية تختلف عن عملية التقييم المبدئي أو النهائي، فعند إجراء عملية التقييم المبدئي أو التقييم النهائي يجري المدرس عملية التقييم بنسبة معينة من التوقع لإمكانية أداء الطفل للمهارات محل التقييم أو عدم الأداء، في حين أن عملية التقييم البيني لا تكون بهذا الوضوح حيث يهملها أكثر المدرسين

(خاصة المدرسين الجدد، أو ذوي الخبرة المحدودة في هذا المجال) فعملية التقييم البيني و إن كان مدرس التربية الخاصة ذو الخبرة يؤديها بشكل لا واعي بشكل كبير من خلال الحس أو الخبرة إلا أن المدرس المستجد في مجال التربية الخاصة قد يصيبه الارتباك و لا يستطيع تقدير سبب عدم أداء الطفل و في بعض الأحيان لا يدرك أنه عليه التوقف لتقدير الموقف و إعادة النظر مرة أخري لتحديد مدي إمكانية الاستمرار في التدريس بنفس الأسلوب أو تغيير الطريقة المتبعة و استخدام المتاح من البدائل لتصبح طريقة التدريس أكثر ملائمة للطفل حتى يتمكن من إحراز المستوي المرجو من التقدم مع الطفل و تتم عملية التقييم البيني بشكل رسمي من خلال استمارات تقيس مدي تقدم الطفل في أداء البرنامج بمرور الوقت أو بصورة غير رسمية من خلال تقييم المدرس لأداء الطفل للأهداف غير رسميا أثناء تطبيق البرنامج من خلال الملاحظة المباشرة.

و لكن ماذا يحدث إذا شعر المدرس بعدم تحقيق الطفل للتقدم المتوقع علي مدار الفترة الزمنية المقررة للبرنامج ؟ هنا يجب علي المدرس أن يتوقف لتقدير الموقف و اتخاذ الإجراءات اللازمة من إجراء تعديلات علي الهدف أو تغييره إذا لزم الأمر حيث سيكون قد وقف علي قدرات الطفل الفعلية، كما سيكون قد تكونت لديه حين إذ رؤية أكثر واقعية لقدرات الطفل، كما يجب عليه إجراء عملية التقييم النهائي في حالة شعوره بإنهاء الهدف بشكل مناسب.

١١. التقييم النهائي:

بعد إتمام المدرس لعملية التدريس و تأكده من إتمام عملية التدريس، و يبدأ المدرس في إجراء عملية تقييم نهائية للتأكد بشكل نهائي من إتمام الطفل لاكتساب المهارات التي خطط لإكسابه إياها منذ البداية، و تتم عملية التقييم النهائية بأداء المهمة بشكل كامل عدة مرات و بالعديد من الطرق و في مختلف الظروف.

تصميم الأنشطة التعليمية

مما لا شك فيه أن تصميم الأنشطة يعتبر من أهم الخطوات التعليمية، و بالرغم من أهمية خطوات فنية أخري ظاهرة مثل التقييم، وضع البرامج، تنفيذ البرامج.. إلا أن عملية تصميم الأنشطة تكتسب أهمية خاصة حيث تعتبر حلقة الوصل الأساسية أو نقطة الانتقال الحقيقية ما بين تخطيط البرامج و تنفيذها وفي هذه المرحلة يقوم المدرس بترجمة برامجه و أهدافه التعليمية التي اختارها كأهداف للتدريس يرغب في تعليم الطفل إياها إلى إجراءات واقعية و أهداف جزئية أصغر يمكن للطفل أن يؤديها و تؤدي به في النهاية إلى اكتساب المهارات التي كان يهدف إلي إكسابه إياها من البداية بما يعمل علي إتمام عملية التعلم، كما تكتسب عملية تصميم الأنشطة أهمية خاصة حيث يتضح من خلالها أسلوب المدرس، و مدي كفاءته في التدريس ومدي قدرته على الابتكار و التجديد و مدي براعته في ترجمة برامجه و أفكاره إلى إجراءات واقعية مترابطة متسلسلة و متكاملة تبدأ بناء على فكر و وجهة نظر وتسير بناء على رؤية معينه وتنتهي بالنجاح في إنجاز ما و ضعت من اجله من أهداف و تزداد مهارة المدرس علي اختيار و ابتكار الأنشطة الأكثر ملائمة لكل حالة بمرور الوقت و بتوافر عنصر الخبرة و تتوقف بشكل كبير على درجة تدريب المدرس أو مصمم النشاط، بالإضافة إلى القدرات العقلية الخاصة التي قد تتوافر لديه من قدره على التحليل و التسلسل و الابتكار.

و ليس هناك خطوات محدده يمكن سردها يتمكن المدرس في حال إتباعها حرفيا للتمكن من ابتكار نشاط قوي و فعال يضمن إكساب الطفل للمهارة موضوع التدريس. و إنما هناك خطوات منطقية يمكن إتباعها تساهم بشكل كبير في ابتكار لنشاط فعال منها:

١. تكوين فكره عامه عن قدرات الطفل:

وتتم هذه الخطوة بشكل عام من خلال معايشة الطفل و التعرف على إمكانياته و طبيعة أعاقته ودرجتها، و تشكل هذه الخطوة بالرغم من أنها غير رسمية أهمية خاصة حيث أنه يمكن أن تتحكم بشكل كبير في شكل و طريقة صياغة عناصر النشاط من البداية و حتى النهاية، من حيث درجة البساطة أو الصعوبة، محددات أداء الطفل للنشاط من حيث شكل

و إسلوب أداء الطفل للنشاط، طريقة إحكام المدرس للظروف حول المهارة التي يرغب المدرس في تنميتها لدي الطفل. . فمعرفة المدرس لنوع الإعاقة العقلية و درجتها ومصاحبة إعاقات جسميه أو حركيه أو حسية (السمعية أو البصرية) ومدي درجتها (بسيطة أو متوسطة أو شديدة) و أيضا السمات الشخصية و النفسية و الاجتماعية للطفل (هل هو منعزل بحيث يؤدي هذا النشاط أم انه منطو) وجود مشكلات سلوكية أو تدميرية (إيذاء للذات أو للآخرين) تحدد بشكل كبير مكونات النشاط المقترح من المدرس للتدخل و التعامل مع مشكلة الطفل حيث تكون معلومات من هذا النوع لدي المدرس درجه كافيه من التوقع لدي إمكانية أداء الطفل لبعض المهام أو الأفعال التي يمكن أن يتم إسنادها للطفل فيما بعد، وتوقع لشكل أداء الطفل لهذه المهام، فما هي درجة إعاقة الطفل و ما هو مستوي إعاقته بسيطة أو متوسطة أم شديدة، و بذلك هل يجب و ضع ظروف أكثر صعوبة و إحكاما حول المهارة أم أنه من الأفضل وضع ظروف أكثر بساطه و مرونة فمثلا هل سيتمكن من التركيز لمدة معينه (دقيقتين، ٣، ٥، ١٠) دقائق أثناء هذه المهام، هل ستؤهله قدراته الحركية من استخدام أداه معينه مطلوب استخدامها للإنجاز النشاط، فهل سيتمكن مثلا من القبض على عصي أم أن لديه أعاقه حركيه في يده هل لديه القدرة على الإمساك بالأشياء المستديرة مثلا (بلي، حصى) أو أي مواد يمكن أن تستخدم في النشاط فلا يمكن مثلا أن أضع نشاطا لتعليم الألوان مثل أن يفرز الطفل حبات مكرونة ملونه باللونين الأحمر و الأزرق لتعليم الألوان لتعليم الألوان الأحمر و الأزرق لطفل لديه أعاقه في يده ولا يتمكن من القبض بالسبابة و الإبهام..

ولا تفيدنا هذه الفكرة العامة في الحكم على مستوي أداء الطفل الحركي و الحسي و إنما تفيدنا أيضا في التحكم في ظروف النشاط و كيفية أداءه حيث يمكن أن تؤثر في مدي ملائمة النشاط لقدرات الطفل النفسية و الاجتماعية و مدي قدرته على القيام بالنشاط في ضوء مثل هذه المحددات الاجتماعية و النفسية فليس من المنطقي أن أضع نشاط يتم التدريس فيه لطفلين أحدهما منعزل أو أن أحدهما يعاني من مشكلات سلوكية قد تؤذي الطفل الأخر و بذلك هل يجب اتخاذ احتياطات خاصة أثناء أداء النشاط خوفا من أن يؤدي الطفل نفسه أم أن الإشراف عليه أثناء الأداء يمكن أن يكون طبيعيا فيمكن تركه ليؤدي النشاط بدون

رقابه صارمة هل يجب استخدام أدوات غير مدببة أثناء أداء النشاط طبقا لهذه المعلومات وغير ذلك من المحددات التي تحكم في شكل و تصميم النشاط.

ويتم التعرف على قدرات الطفل كما ذكرنا من خلال معايشة الطفل و القيام بعملية ملاحظة شخصيه غير رسميه لقدراته و إمكاناته و سماته الشخصية، أو من خلال تطبيق المقاييس الرسمية أو القوائم المقننة على الطفل في المجالات المختلفة و الوقوف على القدرات و الإمكانات الفعلية للطفل بالطرق التي تحدثنا عنها.

٢. تحديد المهارة المراد تعليمها أو تنميتها :

وتتشابه هذه الخطوة مع الخطوة السابقة إلا انه في حين تتم الخطوة السابقة بشكل عام و بصورة غير رسمية ليتم التعرف علي قدرات الطفل تتم هذه الخطوة في شكل أكثر تحديدا، و في مجال واحد، وبصورة أكثر رسمية بالطرق التي تحدثنا عنها لاختيار البرامج للوقوف علي المهارة المحددة التي سوف يتعامل معها المدرس.. و قد تكون المهارة التي اختارها المدرس من المهارات التي لا يؤديها الطفل إطلاقا و يرغب المدرس في إكساب الطفل إياها أو من المهارات التي يؤديها الطفل و لكن بشكل قاصر و يرغب المدرس في تنمية أوجه القصور في أداء هذه المهارة للوصول بها إلى درجة الإتقان الكامل و يجب أن يراعي المدرس اختيار المهارة بمراعاة الخلفية العامة التي كونها عن قدرات الطفل والسابق الحديث عنها في الفقرة السابقة لكي يتمكن من اختيار المهارة أو درجة المهارة الأكثر ملائمة لقدرات الطفل.

٣. تحديد إجراءات مرتبطة بالمهارة (تستخدم فيها المهارة) :

يتم في هذه المرحلة تحديد شكل الصيغة الفعلية (الأفعال) أو طريقة الأداء لما سيقوم الطفل بفعله أثناء النشاط فمثلا أن يُركِب، أن يمشي، أن يفرز، أن يرسم، أن يملا، أن يعبئ، أن يضيف، ...الخ و غيرها من الأفعال التي يمكن أن يؤديها الطفل أثناء توقيت النشاط و يتم اختيار الأفعال التي يمكن أن يؤديها الطفل بحيث يختار المدرس أفعالا ترتبط ارتباطا وثيقا بالمهارة (عقلية، إدراكية، حسية، حركية) التي يريد إكسابها للطفل أي أن يختار

المدرس أفعالا يستخدم الطفل عند أداءها المهارة (المطلوب أن يعلمها له المدرس) بشكل مكثف و غالبا ما يقترن الفعل بالظروف الأداء التي تلائم المهارة

فنجد مثلا أن:

- أن تنمية المهارات العقلية (التذكر، التصنيف، التسلسل، . .) لا يمكن أن يتم تنميتها بشكل مباشر و لكن يمكن أن يتم من خلال أفعال يمكن أن يؤديها الطفل مثل التسمية، الرسم، الفرز، الترتيب، و هكذا . .
- إن مهارة مثل مهارة السمع: لا يمكن تنميتها إلا باستخدام مكثف لهذه الحاسة و علي درجات و أداء الطفل لفعل آخر عند سماع الصوت ليتأكد المدرس من سماع الطفل للصوت فعلا .
- أن مهارة مثل مهارة الاتزان: لا يمكن أن يتم تنميتها بدون الأداء باعتدال و ضع الرأس، النظر، الأرجل، ضبط أوضاع الجسم، المشي باعتدال (علي شئ عريض مبدئيا، ثم شئ أقل سمكا، و هكذا)
- أن مهارة مثل مهارة التركيز: لا يمكن تنميتها إلا باستمرار الأداء العمل (أي عمل تركيب، رسم، تلوين، لضم) بمرور الوقت.
- نشاط لتنمية الذاكرة: لا يتم إنجازه بشكل مناسب إلا بإعادة أداء الأفعال (إعادة رسم، إكمال، اكتشاف، تسمية، و غيرها من الأفعال) و علي فترات زمنية متباعدة .

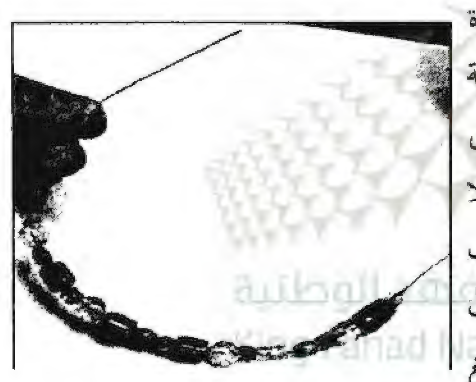
ويتحدد صيغة الفعل (شكل الأداء الفعلي) بشكل كبير على نوع المهارة فهناك مهارات يمكن تحقيقها بصوره مباشرة عن طريق أداء الطفل المباشر لها في حين توجد أهداف قد لا نتمكن من تدريسها بالشكل المباشر أو بنفس الصيغة الفعلية التي وردت في الهدف العام أو البرنامج ففي بعض الحالات يمكننا أن نستخدم الفعل الوارد في صياغة الهدف مباشرة مثل الهدف التالي:

أن يعد الطفل من ١:٣ يصعب استخدام أي صيغه فعليه غير(العد) بشكله المعروف لتحقيق الهدف النهائي وهو أن يعد من ١:٣

هدف مثل: أن يمشي الطفل ٤ خطوات بمساعده بدنيه جزئية لا يمكن تدريس المشي من خلال أفعال أخري غير المشي في حين يجب علي المدرس في حالات أخري أن يستخدم أفعال تخالف الفعل المستخدم في صياغة الهدف خاصة عند ارتباط الهدف بمهارة عقلية حيث تتجه الأمور إلي عدم قدرة المدرس علي ملاحظة الأداء العقلي لهذه المهارات و إنما يتمكن المدرس فقط من ملاحظة نتائج تطور هذه المهارات العقلية.

الهدف العام: زيادة مدة التركيز الطفل إلى ٥ دقائق.

النشاط: ولإنجاز برامج من هذا النوع يتم صياغة أنشطه بأفعال مخالفه للفعل المستخدم، فلا يمكن أن استخدم الصيغة الفعلية (ركز) كصيغه للأمر أثناء التدريس للطفل في حين يمكن الوصول لهذه الصيغة الفعلية من خلال أداء أفعال أخرى، فمثلا أن يملأ زجاجه ذات فتحه ضيقه بالحبوب، وبزيادة فترة استغراق الطفل في الأداء المتواصل لعملية المليء حتى تصل إلى الزمن المطلوب يكون المدرس قد توصل إلي النتيجة المطلوبة أو مثلا لضم مجموعه من الخرز في خيط بدون توقف لده محددة وبذلك يأتي علي المدرس وقت يستخدم فيه صيغ فعليه أو مجموعه من الصيغ الفعلية المتسلسلة التي قد تخالف الفعل المستخدم في الهدف العام حيث لا يمكن تدريسه بشكله المباشر ولكن تستخدم أفعال أخرى تؤدي بتحقيقها في النهاية إلى أداءه نتيجة لعدم التمكن من تدريسه بشكل مباشر.



مثال آخر:

الهدف العام: زيادة نسبة تنمية الذاكرة البصرية.

النشاط: عرض أشكال و رسومات مرسومة على كروت ثم عرض نفس الأشكال ناقصة بعض الأجزاء و تطلب من الطفل إكمال رسم الأجزاء الناقصة في الرسومات المعروضة عليه.. وهنا نستخدم الرسم لتنمية الذاكرة البصرية فلا يمكن تنمية الذاكرة البصرية بشكل مباشر..

أو:

عرض أثاث الحجرة على الطفل بشكل معين ثم إخراج الطفل من الحجرة و إجراء بعض التغيرات على الأثاث و إدخال الطفل مره أخرى لاكتشاف هذه التغيرات..

٤. تحديد الأدوات المستخدمة في النشاط والظروف التي تحكم الأداء:

ويتم في هذه المرحلة تحديد الأدوات التي قد تستخدم أثناء أداء النشاط، ففي برنامج لزيادة فترة التركيز لدي طفل اختار المدرس (فعلا) مثل ان (يملأ) الطفل زجاجه بالحبوب، يمكننا أن نعتبر هنا الزجاجة و الحبوب أدوات للنشاط في حين إنني إذا قلت «أن يستمر الطفل في مليء زجاجه بالحبوب لمدة ثلاثة دقائق دون توقف» يعتبر استمرار الفترة الزمنية لأداء النشاط لمدة ثلاث دقائق و بدون توقف ظرفا من ظروف الأداء التي لا يكتمل الهدف إلا باكتمالها.

وهناك معايير كثيرة تتحكم في اختيار المدرس للأدوات و منها:

١- الإمكانيات:

و ليس ضروريا أن يستخدم المدرس أدوات مكلفة لإنجاز الهدف.. إذ انه يمكن أن يستخدم أشياء بسيطة متاحة قد تؤدي نفس النتائج.. هذا بالرغم من اعترافنا بإمكانيات بعض الأدوات ذات الجودة و التقنية العالية وقدرتها على تحقيق نتائج أفضل.

٢- الأمان:

وهو عامل حيوي يحدد بشكل كبير إمكانية استخدام الأداة من عدمه.. ويرتبط عنصر الأمان بشكل و مكونات الأداة و طريقة استخدامها.. فلا يجب أن تكون الأداة مدببة أو صغيره أكثر من اللازم مثلا، أو أن تكون خشنه أكثر من اللازم، أو ذات أضاءه شديدة، أو ذات ألوان ضارة.. ففي النشاط السابق ذكره قد يستخدم مدرس من المدرسين (بلي) مثلا بدلا من استخدام الحبوب مما قد يمثل خطرا كبيرا في حالة بلع الطفل للأداة المستخدمة أثناء أداء النشاط.

٣- الفاعلية:

وترتبط الفاعلية بمدي كفاءة الأدوات في تحقيق الهدف عند استخدام الطفل لها أثناء أداء النشاط و قدرتها على إظهار رد الفعل المطلوب الذي كان المدرس يتوقعه من الطفل عند تصميم النشاط.

٤- أن تكون الأداة مناسبة:

حيث يجب أن تخدم الأداة الهدف الموضوعة لتحقيقه في المقام الأول ولا تبتعد عنه كثيرا. فالعديد من الأدوات يمكن استخدامها بأكثر من طريق لتحقق أكثر من هدف في نفس الوقت. إلا أنه في حالة عدم تحكم المدرس في الظروف المصاحبة لاستخدام الأداة من الممكن أن تصبح الأداة غير مناسبة للهدف الموضوعة لتحقيقه أثناء صياغة النشاط، ففي المثال السابق الخاص بتعبئة الحبوب نجد أنه في حين قد يستخدم مدرس نوع واحد من الحبوب (لون واحد، حجم واحد) للتعبئة قد يستخدم مدرس أخر خليطا من الحبوب مما قد يتواجد لديه في الفصل (ألوان متعددة، أحجام متعددة) مما قد يسبب تشتيتاً للطفل أثناء أداء النشاط، في حين يمكن للمدرس استخدام هذه الحبوب مختلفة الأحجام أو الألوان في وقت آخر لتدريس مهارة أخرى مثل الألوان أو الأحجام و بذلك يكون اختيار المدرس غير المناسب للأداة قد تسبب في أن تصبح الوسيلة عنصر تشتيت للطفل و ليس وسيلة إيضاح.

هذا بالرغم من أن إمكانية استخدام الوسيلة بأكثر من شكل لتحقيق أكثر من هدف ليس عيبا في حد ذاته و إنما يصبح عيبا في حالة عدم تحكم المدرس في سير هذه الظروف وتأثيرها على الهدف الأساسي الذي اختاره، حيث يمكن للمدرس استخدام الاختلاف في أحجام الحبوب لتنمية مهارة مثل مهارة القبض باستخدام إصبعي السبابة و الإبهام، أو لتعريف الطفل علي نوع معين من الحبوب عند فرز الطفل لنوعين من الحبوب ووضع الحبوب متشابهة الألوان في زجاجه مختلفة أثناء الفرز مع تسمية اسم نوع الحبوب أثناء وضعها داخل الزجاجة.. إلا انه يجب علي المدرس أن يعمل علي التأكد من حياد الأداة بالنسبة لكافة العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤثر علي جودة الأداة و كفاءتها في تحقيق الهدف الحالي.

٥- أن تراعي قدرات الطفل وسنه ودرجة إعاقته:

فمثلا لا يجب أن استخدم أداة يتطلب استخدامها أداء حركيا من اليد في حين توجد أعاقه حركيه في اليد لدي الطفل، فمن المهم أن تراعي الأداة قدرات الطفل ودرجة إعاقته فلا يجب أن أعطي الطفل أداة يتطلب استخدامها قدرات عقلية عليا مما يؤدي إلي عدم استطاعة الطفل استخدامها مما قد يسبب له إحباطا. كما يجب أن تكون الأداة مناسبة لعمر الطفل فلا تكون جادة أكثر من اللازم بالنسبة للأطفال أو طفولية أكثر من اللازم بالنسبة للبالغين، فأعطي مثلا طفلا صغيرا كروتا صماء باللون الأبيض و الأسود في حين أعطى معاقا بالغا على درجه من الوعي أشياء زاهية الألوان مبهرجة بدون داعي.

٦- أن تكون جذابة:

كلما كانت الأداة في حد ذاتها دافعا للطفل لاستخدامها كلما كانت أداة أكثر نجاحا، حيث يسهم ذلك بشكل كبير علي تحفيز الطفل علي العمل والإنجاز وتحقيق المطلوب مع توفير كبير في جهد المدرس.. و كلما تمكن المدرس من اختيار الأداة الأكثر جاذبية ومناسبة للطفل عند بداية التدريس كلما وفر على نفسه مجهودا زائدا قد يهدره بعد ذلك أثناء عملية التدريس في دفع الطفل لأداء النشاط، فكلما كانت الأداة جذابة كلما رغب الطفل من تلقاء نفسه في أداء النشاط.

ب- ظروف أداء النشاط:

وقد ذكرنا في المثال السابق أن الاستمرار في مليء زجاجه بالحبوب لمدة ثلاث دقائق يعتبر ظرفا من ظروف أداء النشاط لا يتحقق الهدف إلا باكتماله، و يعتبر تحديد ظروف أداء النشاط أحد العوامل المؤثرة بشكل كبير في تحقيق النشاط لهدفه، إلا أنه هناك العديد من المحاذير التي يجب مراعاتها عند وضع، صياغة و تطبيق النشاط منها:

- عند تحديد الظروف:

يتم من خلال ضبط ظروف النشاط تحيد الإطار العام الذي يؤدي فيه النشاط حيث من خلال ضبط ظروف النشاط تحديد شكل و طبيعة و أهداف هذا النشاط فيمكننا مثلا التحكم في الجانب المهاري و تقنين كم الجرعات بما يحدد درجة إجادة الطفل للمهارة التي نستهدفها من النشاط.

ويختلف التحكم في هذه الظروف باختلاف إجادة الطفل المهارة من عدمه حيث يجب أن يتدرج المدرس في التحكم بمستوي دقة الظروف و صعوبتها فيتدرج بوضع ظروف أقل شدة في حالة إجادة الطفل للمهارة إجادة بسيطة أو عدم أجادته لها من الأساس و حتى وضع الطفل تحت ظروف أكثر دقة و أكثر تركيزا « بحيث يصل الطفل لمستوي إجادة عال من المهارة» بارتفاع مستوي الطفل.. فمثلا في النشاط السابق إذا كان الطفل لا يركز تماما أو انه يؤدي النشاط لمرة واحدة ثم يبدأ في عدم التركيز فقد تكون الظروف الأولي المقترحة لحاله مثل حالة هذا الطفل (أن يؤدي النشاط لمرات و ليس لفترات زمنية) مثلا أن يضع الحبوب داخل الزجاجة لمرة ثم لمرتين متتاليتين ثم ثلاث مرات و هكذا ١٠ مرات أو ٢٠ مره، ثم أبدا في الانتقال من الأداء عن طريق عدة مرات إلى الأداء مع الاستغراق في الأداء مع مرور الزمن بدون وجود فواصل في الأداء الزمني، فتكون ظروف النشاط مثلا أن يستمر في وضع الحبوب داخل زجاجه لمدة دقيقه، اثنان، ثلاثة، خمسة دقائق متتالية.

ومن هنا نري كيف أن ظروف النشاط ترتبط بشكل كبير بدرجة إجادة الطفل للمهارة وكيف أنها يجب أن تراعي قدرات الطفل ومستواه الحالي ودرجة عدم أجادته للمهارة وكيف أنها يمكن أن تتدرج معه من درجة عدم الإجادة أساسا إلي أن تصل به إلي نسبه عاليه من الأداء وهو ما يتضح من خلال المثال السابق وما يمكن لنا أن نتخيله من كم الأطفال الذين يمكن أن تتراوح أعدادهم تحت كل درجة من درجات إجادة المهارة بدأ من عدم إجادة المهارة تماما ثم التدرج بزيادة أداء المهمة لعدد من المرات و حتي الاستغراق بمرور المعدل الزمني ثم الزيادة في هذا المعدل حتى نصل به إلي الدرجة التي نريدها و نريد هنا أن نركز مرة أخرى على نجاح المدرس أو مصمم النشاط في ضبط لظروف أداء النشاط تمثل بشكل كبير نجاحه في تحديد جرعات التدريب المطلوبة لحالة الطفل التي تحدثنا عنها مما يجعل نجاحه في ضبط هذه الظروف طبقا لمتطلبات وقدرات الطفل إنجاحا للنشاط ككل وعاملا رئيسيا في تحقيق النشاط للهدف الموضوع من اجله.

- عند صياغة الظروف:

ويجب أن يكون المدرس حريصا في ضبط ظروف الاختبار وعند تسجيل و صياغة الظروف حيث أن الاختلال في أحكام هذه الظروف للتركيز على المهارة المطلوبة قد يؤدي إلي نتائج أخرى لا يقصدها المدرس أو واضع النشاط ، فمثلا في النشاط السابق قد يؤدي عدم ذكر كلمه مع الاستمرار في العمل بدون توقف في الأداء إلي التباس الموقف وتوقع أن يكون هذا النشاط ينمي عملية التآزر بين حركة العين و اليد.

- عند تطبيق هذه الظروف:

كما يجب علي المدرس أن يحافظ علي ظروف النشاط التي صاغها بحيث لا يسمح للطفل بأن يخل بها عند التطبيق. . حيث يمكن أن سيؤدي ذلك إلي عدم تحقيق الهدف. . فمثلا قد يستدرج الطفل المدرس بالابتسام و ليتوقف لسماع صوت اصطدام الحبة بقاع الزجاجة و هو يملأ الزجاجة بالحبوب مما قد يغير من شكل و هدف النشاط بشكل كبير في هذه الحالة. . فقد يمكن لنا في هذه الحالة أن نعتبر أن النشاط قد تحول من نشاط يهدف إلي زيادة فترة التركيز إلى نشاط يهدف إلي تنمية حاسة السمع. . ومن هنا يجب على المدرس أو مصمم النشاط أن يحكم ضبط الظروف سواء خلال تصميم النشاط أو صياغة النشاط أو خلال تطبيقه.

٥. تقييم شكل النشاط ككل و تحيد مدي الفاعلية:

ويتم ذلك كخطوه أخيره من مصمم النشاط حيث يجب أن يلقي نظرة أخيره على خطوات النشاط و مكوناته ككل وتقدير مدي ملائمة النشاط لحالة الطفل ومدي فائدته ومدي تكامل مكوناته وهل هذا ما كان يريده منذ البداية أم انه يجب عليه إجراء بعض التعديلات ليكون النشاط أكثر ملائمة وتحقيقا للهدف و أكثر فاعليه.

و يجب أن ينوع المدرس في أشكال أنشطته ولا يعتمد على قوالب جامدة بأفعال ثابتة مع تغيير الظروف لتحقيق أغراض جديدة و إنما يجب أن ينوع في أشكال النشاط و ابتكار أشكال جديدة حتى لا يمل الطفل وحتى يحقق نتائج أفضل.

الخطة التربوية الفردية (Individual Education Plans- IEP)

إن المعاقين فكريا كما ذكرنا سابقا يختلفون في خصائصهم عن العاديين ويختلفون فيما بينهم وفقا للفروق الفردية. و وذكرنا أيضا أنه تختلف طريقة تدخلنا لحل مشكلاتهم و التعامل مع سماتهم الشخصية هذه. و عرفنا أيضا أن محتويات المناهج التعليمية لهم تختلف عن محتويات المناهج التعليمية للأسوياء و توصلنا إلي إدراك أنه يمكن لنا اعتبار كل فرد حالة منفردة قائمة بذاتها نظرا لتباين درجة و طبيعة الإعاقة لدي كل فرد و اقترانها في كثير من الأحيان بمظاهر سلبية قصور في الانتباه، تشتت، ضعف في القدرة علي التركيز، إعاقات حركية أو حسية، مشكلات نفسية و سلوكية.

لذلك نجد أنه في حين يصلح تعليم الأفراد الأسوياء طبقا لمنهج واحد حيث تدرس وزارة التعليم احتياجات أطفال المجتمع و تعمل علي وضع منهج موحد لهم حيث يشتركون في كثير من السمات و الخصائص و المتطلبات، نجد أنه لا يمكن لنا أن نطبق مثل هذا الأسلوب بمثل هذه البساطة عند رغبتنا في التعامل مع الأفراد المعاقين فكرياً وضع برامج للتدخل أو مناهج لهم حيث أن التباين في السمات و الخصائص و الاحتياجات يجعل من كل فرد من المعاقين فكرياً حالة منفردة بذاتها كما ذكرنا لها سماتها الشخصية و خصائصها و متطلباتها و إمكانياتها (العقلية، الحركية، الحسية) و احتياجاتها (النفسية، الاجتماعية) مما يفرض علينا التعامل معها علي اعتبار أنها حالة منفردة بذاتها و مما يفرض علينا أيضا وضع برنامج أو منهج خاص بكل حالة نتعامل معها ليراعي السمات الخاصة بكل حالة على حدى.

وقد ننجح في بعض الأحيان في التمكن من تدريس منهج واحد لمجموعة من المعاقين. إلا أن هذا قد يلقي بالمزيد من الأعباء علي المدرس كما أنه قد يؤثر علي مستوي التحصيل بالنسبة لمجموع التلاميذ داخل الفصل بسبب ما قد تضعه المتطلبات الفردية لكل طفل من أعباء علي المدرس أثناء التدريس حيث يجد نفسه مطالبا ببذل المزيد من الجهد لكل حالة علي حدا في بعض الأحيان أثناء التدريس لمجموع التلاميذ. . و قد ننجح في التمكن من التدريس بهذا الأسلوب لمجموعة من التلاميذ في حالات الإعاقة الذهنية البسيطة التي يرتفع فيها مستوي الذكاء العام ليقترب من المتوسط و لا تصاحبها إعاقات حركية أو حسية شديدة أو مشكلات سلوكية مزمنة. أما بالنسبة لحالات الإعاقة الفكرية المتوسطة أو الشديدة أو حالات الإعاقة

الفكرية التي يصاحبها إعاقات حركية أو حسية أو مشكلات سلوكية فيفضل التعامل معها كما ذكرنا بشكل آخر. ووضع برامج تدخل خاصة لكل حالة تهدف في المقام الأول إلي التعامل مع هذه الحالة ككيان منفرد أو كحالة منفرد بذاتها لها نوعية البرامج الخاصة بها التي تناسبها و تتوافق معها وقت التدريس أكثر من غيرها من الحالات. ويتكون منهج التدريس بالنسبة للأطفال المعاقين فكرياً من خلال اختيار برامج التدريس في مجالات التدريس السابق ذكرها في بداية الفصل من مهارات حياة يومية أساسية (رعاية الذات، الأنشطة المنزلية)، مهارات حياة يومية متقدمة، مواد إدراكية، أكاديمية، برامج حركية، حسية، تخاطب، تهيئة مهنية، و غيرها من مجالات التدريس المقترحة، ووضعها في صورة خطة للتدريس تسمي « خطة التعليم الفردية» و تشمل كل المجالات السابق ذكرها و تعتبر المنهج التعليمي الذي يجب أن نسير طبقا له في الفترة الزمنية الموضوع لها.

مفهوم الخطة التربوية الفردية:

- المفهوم الإداري:

المفهوم الإداري للخطة التربوية الفردية هو أنها «وثيقة مكتوبة لغرض التواصل والتنسيق الإداري بين أطراف العملية التعليمية (التلميذ - فريق العمل المدرسي - الأسرة) والأفراد والجهات المنصوص عليها في برنامج التلميذ».

- المفهوم التربوي:

المفهوم التربوي للخطة التربوية الفردية هو أنها « وصف مكتوب لجميع الخدمات التربوية والخدمات المساندة التي تقتضيها احتياجات كل تلميذ من ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة - مبني على نتائج التشخيص والقياس - ومعد من قبل فريق العمل في المؤسسة التعليمية»

كيف نضع الخطة التربوية الفردية ؟

لكي نضع خطة تعليم فردية يجب أن نجري أولا مجموعة من التقييمات الشاملة في كل مجال من المجالات التدريس السابق ذكرها و الوقوف علي مستوي الطفل الحالي في كل مجال من هذه المجالات و اختيار البرامج أو موضوعات التدريس أو المهارات التي لا يجيدها الطفل.. طبقا لمراحل التدخل السابق ذكرها.. ثم يتم تفريغ البرامج أو

موضوعات التدريس في استمارة خاصة بالطفل عن الفترة الزمنية المحددة التي اخترت البرامج لتناسبها و تسجل في صورة مجمعة في هذه الاستمارة لتصبح خطة تعليم فردية للطفل الذي تم اختيار البرامج من أجله عن الفترة التي تم وضعها لها.

- **أهمية الخطة التربوية الفردية**

- تقوم بعملية الترجمة الفعلية لجميع إجراءات القياس والتقويم التي أجريت للطالب لمعرفة نقاط القوة والاحتياج لديه.
- تعد بمثابة وثيقة مكتوبة تؤدي إلى حشد الجهود التي يبذلها ذوو الاختصاصات المختلفة لتربية التلميذ ذي المعاق فكريا وتدريبية.
- تعمل على إعداد برامج سنوية للطالب في ضوء احتياجاته الفعلية.
- ضمان لإجراء تقييم مستمر للطالب واختيار الخدمات المناسبة في ضوء ذلك التقييم.
- تعمل على تحديد مسئوليات كل مختص فيما يتعلق بتنفيذ الخدمات التربوية الخاصة.
- تؤدي إلى إشراك والدي التلميذ في العملية التربوية ليس بوصفها مصدر مفيد للمعلومات فقط وإنما كأعضاء فاعلين في الفريق متعدد التخصصات.
- تعمل بمثابة محك للمساءلة عن مدى ملاءمة وفاعلية الخدمات المقدمة للطالب.

- **أهداف الخطة التربوية الفردية:**

تسعى الخطة التربوية الفردية إلى تحقيق الأهداف التالية:

١. ضمان حق التلميذ في الخدمات التربوية والخدمات المساندة التي تلبي جميع احتياجات التلميذ الخاصة من خلال إتباع الإجراءات العلمية المنصوص عليها في الخطة.

٢. ضمان حق الأسرة في تلقي الرعاية المناسبة لطفلها.

٣. تحديد نوعية وكمية الخدمة التربوية والمساندة المطلوبة لاحتياجات كل طالب على حدة.

٤. تحديد الإجراءات الضرورية لتقديم الخدمات التربوية والخدمات المساندة لكل تلميذ على حدة.

٥. تحقيق التواصل بين الجهات المعنية لخدمة التلميذ والأسرة لمناقشة وضع القرارات المناسبة والمتعلقة باحتياجات التلميذ.

٦. قياس مدى تقدم التلميذ في البرنامج.

- **مرتكزات الخطة التربوية الفردية:**

- الاعتبارات الأساسية:

١. يجب إعداد خطة تربوية فردية لكل تلميذ من ذوى الإعاقة الفكرية أيا كان نوع ومكان وزمان الخدمة المطلوبة.

٢. يجب تسخير جميع الإمكانات المادية والبشرية والمكانية والوسائل والأساليب اللازمة لإنجاح الخطة التربوية الفردية.

٣. يجب أن يتم إعداد الخطة التربوية الفردية بناء على نتائج التشخيص والقياس لكل تلميذ على حدة.

٤. يجب أن تعتمد عمليات الخطة التربوية الفردية على الوصف الدقيق المكتوب للبرنامج التعليمي.

٥. يجب أن يتم إعداد الخطة التربوية الفردية بناء على احتياجات التلميذ المحددة في مستوى أدائه الحالي.

٦. يجب أن تعتمد الخطة التربوية الفردية على عمل الفريق المتعدد التخصصات.

٧. يجب مشاركة الأسرة في إعداد وتنفيذ وتقييم ومتابعة الخطة التربوية الفردية في جميع مراحلها.

٨. يجب أن يقترن عمل الخطة التربوية الفردية بفترة زمنية محددة لبداية ونهاية الخدمات المطلوبة.

٩. يجب أن تخضع الخطة التربوية الفردية للتقويم المستمر والنهائي.

- **متطلبات إعداد وتنفيذ وتقويم الخطة التربوية الفردية:**

- إعداد الخطة:

١. يتم تشكيل فريق الخطة التربوية الفردية برئاسة مدير المؤسسة التربوية أو من ينوب عنه وعضوية كل من:

- معلم التربية الخاصة.
- معلم الفصل العادي.
- ولي أمر التلميذ أو من ينيبه.
- أي اختصاصي يمكن أن يستفاد منه في إعداد الخطة.

٢. يتم إعداد وكتابة الخطة التربوية الفردية لكل تلميذ من قبل لجنة الخطة التربوية الفردية بناء على توصيات فريق التشخيص والقياس.

٣. تعد الخطة التربوية الفردية خلال فترة لا تتجاوز أسبوعين من بداية إجراءات التشخيص.

- تنفيذ الخطة:

١. يتم البدء في تنفيذ الخطة التربوية الفردية بعد الانتهاء من إعدادها مباشرة.

٢. يتم تنفيذ الخطة التربوية الفردية من قبل كل من له علاقة بتقديم الخدمة المنصوص عليها في الخطة.

٣. يجب التنسيق بين الأعضاء القائمين بتنفيذ الخطة.

مم تتكون الخطة التربوية الفردية ؟

تتكون استمارة الخطة التربوية الفردية من:

١. بيانات أولية عن الطفل:

اسم الطفل، فصله، تاريخ ميلاده أو السن، المدة الزمنية للخطة، تاريخ وضع الخطة، اسم واضع الخطة. . و غيرها من البيانات التي قد يجد واضع الخطة أنها مهمة.

٢. سبب كتابة الخطة أو الهدف الرئيسي منها:

فمثلا إعداد خطة دراسية تعليمية عامة سنوية أو نصف سنوية أو ربع سنوية، إكساب الطفل بعض المهارات الرعاية الذاتية، التجول و الخروج من المنزل، الإعداد لبطولة

رياضية، الإعداد للحياة المهنية، و غيرها من الأهداف التي قد تتطلب مني إعداد خطة خاصة في الفترة الزمنية المحددة و للهدف المحدد.. ففي حالة وضع خطة لإعداد الطفل لفترة التأهيل المهني يتم إعداد خطة زمنية إنتقالية قصيرة المدى لأعداد الطفل لهذا الغرض إدراكيا فيما يتعلق بالمفاهيم الخاصة بالمهنة، حركيا و حسيا فيما يتعلق بالمهارات الحركية و الحسية المطلوبة لهذه المهنة، نفسيا و اجتماعيا لتقبل الحياة الجديدة. و بالمثل عند وضع خطة لإعداد الطفل لبطولة رياضية يكون التركيز في بنود الخطة علي البرامج الحركية و الحسية و الإدراكية الخاصة بنوع البطولة التي يتم إعداد الطفل لها.

٣. **مدي زمني:**

كما يمكن إرفاق تقرير بالخطة بعد كتابة الخطة أثناء أي فترة من فتراتها يوضح أي تطورات قد تطرأ علي بنود الخطة أو علي قدرات أو ظروف الطفل (مثلا مرض معين أو حادثة معينة) قد تؤثر في طريقة تنفيذ الخطة أو طريقة أداء الطفل بحيث تجعل من الضروري إدخال بعض التعديلات عليها أو مراعاة الظروف الجديدة التي طرأت علي الطفل أثناء تنفيذ الأنشطة..

٤. **البرامج المقترحة للتدريس (الأهداف بعيدة المدى):**

و هي المهارات التي لا يجيدها الطفل في المقاييس و القوائم التي استخدمها المدرس في كل مجال من مجالات التدريس السابقة و التي تلي مباشرة البنود التي يجيدها الطفل في هذه المقاييس أو القوائم.. و في هذه المرحلة يختار المدرس بند أو بندين أو أكثر لكل مجال من مجالات التدريس التي تم التقييم فيها ليضمنها خطته بالنسبة للطفل و يتوقف عدد البرامج التي يختارها المدرس في كل مجال علي مستوي الطفل و مدي ما يتوقع المدرس من الطفل أن ينجزه في الفترة الزمنية الموضوعة للخطة، المدى الزمني الموضوع للخطة.. فلا يجب أن أضع لطفل أعرف أن مستواه في الأداء الحسي ضعيف ٥ أو ٦ برامج عالية المستوي بشكل كبير فنجد في نهاية الفترة المحددة للخطة أن الطفل لم يستطع إنجاز حتى برنامج واحد من البرامج الموضوعة له بشكل تام، و العكس صحيح فلا يجب أن أضع لطفل أعرف أن مستوي أداءه عال برنامج أو برنامجين في فترة زمنية طويلة فقط في حين أكون علي علم تام بأن مستواه عال و أنه قادر علي إنجاز ضعف أو أضعاف كم هذه البرامج في نفس

الفترة بالمثل لا يجب أن أكدس خطة مدتها الزمنية محدودة ببرامج زائدة لا يستطيع الطفل إنجازها في هذا المدى الزمني المحدود و العكس أيضا فلا يجب أن أضع كم محدود من البرامج في خطة مدتها الزمنية قصيرة بحيث أبدأ بعد انتهاء هذه البرامج المحدودة في زمن قصير من عمر الخطة في البحث عن برامج إضافية أبدأ في تدريسها أثناء الوقت المتبقي من زمن الخطة.

٥. **الأنشطة المستخدمة و الأهداف الجزئية:**

(الأهداف قريبة المدى)

في بعض الأحيان عندما يكون المدى الزمني للخطة طويل بحيث تكون الأهداف الموضوعة في الخطة إجمالية بشكل كبير أو بعيدة المدى بشكل كبير يرغب المدرس في كتابة الأهداف الجزئية و الأنشطة المؤدية لهذه الأهداف بعيدة المدى، و في بعض الأحيان محكات النجاح و درجته لهذه الأهداف.

٦. **ملاحظات:**

حيث يتم إدراج خانة للملاحظات يدون بها ملاحظات علي الهدف أو سبب وضع المدرس له بهذا الشكل، طريقة يرغب المدرس في أداء الطفل للهدف طبقا لها، نقاط يحب المدرس أن يلتفت لها المدرس أثناء التنفيذ..

٧. **الأنشطة و الخدمات الإضافية التي تقدم للطفل خارج الفصل و مدتها:**

من أنشطة خاصة بالتخاطب أو العلاج الطبيعي أو غرف المصادر أو الرعاية الطبية أو الاجتماعية أو النفسية في حالة تقديم كل خدمة من هذه الخدمات بشكل منفرد للطفل بمعزل عن باقي أطفال الفصل، كما تكتب أيضا مدة تقديم هذه الخدمات للطفل (مثلا: تخاطب ٣٠ دقيقة ٣ مرات أسبوعيا أو علاج طبيعي ساعة ٣ مرات أسبوعيا).

٨. **المسئول عن تنفيذ الخطة و كل نشاط من هذه الأنشطة**

اسم مسئول التخاطب، العلاج الطبيعي، مسئول الرعاية الطبية، و غيرهم ممن يشتركون في تقديم الخدمات الإضافية للطفل.

٩. تقارير مرفقة:

يمكن في بعض الحالات إرفاق تقرير بالخطة يوضح بيانات أو معلومات معينة عن الطفل يري المدرس أو واضع الخطة أن إغفالها قد يؤثر في عدم وضوح الصورة العامة لقدرات الطفل أو سماته بالشكل الكافي لمن يقرا الخطة فيما بعد (إعاقات أخري مصاحبة حركية أو حسية قد تؤثر في أداء الطفل بوجه عام، مخاوف مرضية من شئ معين، نوع أو درجة إضاءة معينة أو نوع أو درجة صوت معينة، عادات سلوكية أو اجتماعية، و غيرها ...). فمن المفترض في الخطة أن تجعل من يقرأها علي علم بدرجة كبيرة بقدرات الطفل و ما يجيده و ما لا يجيده و سماته و قدراته و خصائصه و بالتالي ما هو مفترض أن نعلمه له و كيف يمكن أن نعلمه له بأمثل طريقة.

إلا أن البنود المكتوبة في بعض الأحيان قد لا توضح هذه الأمور بالشكل الأمثل ومن ثم يرغب المدرس أو واضع الخطة في توضيح و إبراز هذه السمات بشكل أكبر و أكثر إيضاحا حتى تظهر فلسفته في وضع و اختيار البرامج و يتضح بالتالي سبب اختيار هذه البرامج و أهدافها الحقيقية التي قد لا تظهر لمن يقرأ الخطة للوهلة الأولي

تقييم الأداء النهائي للأهداف التعليمية:

تعتبر مرحلة تقييم الأهداف التعليمية المرحلة النهائية من مراحل استراتيجيات مناهج الأطفال غير العاديين، وتهدف هذه المرحلة إلى:

١. الحكم على مدى تحقق الأهداف التعليمية وفق الشروط والمواصفات والمعايير المتضمنة في الأهداف التعليمية في الخطة التربوية الفردية.
٢. الحكم على مدى فعالية الأسلوب التعليمي المستخدم في تدريس الأهداف التعليمية
٣. الحكم على مدى التقدم الذي أحرزه الطالب في أدائه على الأهداف التعليمية
٤. التعرف على الصعوبات التي واجهت المعلم والطالب أثناء تدريب الأهداف التعليمية.
٥. نقل الأهداف التعليمية التي لم يتم تحقيقها إلى الخطة الشهرية التالية

استخدام الحاسوب لتطوير البرامج التربوية الفردية:

يرى العديد من معلمي التربية الخاصة أن البرنامج التربوي الفردي نشاط مقيت ومرهق ليس له اثر كبير على نوعية التعليم. وعلى وجهه التحديد يرى هؤلاء أن عملية البرنامج التربوي الفردي ترتبط بالتشريعات والأنظمة أكثر مما ترتبط بالتدريس الفعلي، لذا أصبحت بعض الدول تستخدم الحاسوب في عملية تطوير البرامج التربوية الفردية. فالتكنولوجيا تستطيع تحسين العملية التعاونية في تصميم هذه البرامج عن طريق تمكين أولياء الأمور والطلبة، والتخفيف من المتطلبات البيروقراطية المتمثلة بالعمل الورقي المكثف، وتحسين نوعية الوثائق بوجهه عام، وإتاحة الفرص لتعليم أكثر فاعلية. لكن صعوبات متنوعة تحدث في هذا الخصوص إذا أن التكنولوجيا قد تعزز المشكلات القائمة وربما تخلق مشكلات جديدة. واحد المخاوف هو أن يكون استخدام التكنولوجيا للحد من العمل الورقي على حساب نوعية محتوى البرامج التربوية الفردية. فتكنولوجيا الحاسوب أصبحت مقبولة وأصبح الوصول إليها أمرا يسيرا نسبيا (جمال الخطيب: ٢٠١٠)

نموذج لخطة تربوية فردية:

((بيانات أولية))

أ- بيانات عن الطالب:

- اسم الطالب: ....
- الجنسية: ....
- معهد / برنامج: ....
- تاريخ الميلاد: / /
- مكان الميلاد: ....
- درجة الذكاء..
- تاريخ اختبار الذكاء..

التشخيص

....

....

• إعاقات أخرى ....

• محل الإقامة: ....

• رقم شهادة الميلاد..

• مصدرها: ....

ب ـ بيانات عن ولي أمر الطالب:

• الاسم : ....

• الجنسية: ....

• الوظيفة:...

• رقم الحفيظة:..

•عنوان العمل: ....

الهاتف: ....

• عنوان المنزل:..

الهاتف: ....

ج ـ بيانات اجتماعية:

• عدد أفراد الأسرة (   ) عدد الذكور (   ) عدد الإناث (   )

• ترتيب الطالب في الأسرة (   )

• هل الأب على قيد الحياة ( ) مستوى التعليم للأب (   )وظيفته (. . .)

• هل الأم على قيد الحياة (   ) مستوى التعليم للأم ( ) وظيفتها ( )

• مع من يسكن الطالب..

• نوع السكن: .... • السكن (إيجار) (ملك)

د ـ بيانات صحية:

- الحالة الصحية للطالب..
- الحالة الصحية للأم..
- الحالة الصحية للأب..
- الحالة الصحية للأخوة و الأخوات..
- هل أحد أفراد الأسرة لدية إعاقة عقلية..
- تاريخ إجراء الكشف الطبي للطالب..
- هل أحد أفراد الأسرة لدية إعاقة غير عقلية..
- معلومات أخرى..

....

....

- أعضاء فريق الخطة:

أعضاء فريق الخطة التربوية

م	الاسم	التخصص	المؤهل	التوقيع
١				
٢				
٣				
٤				
٥				
٦				

- تاريخ بدء الخطة التربوية: / /
- الفصل الدراسي.............................. لعام..............................
- التاريخ المتوقع لإنهاء الخطة التربوية الفردية: / /
- مكان تنفيذ الخطة التربوية الفردية..
- تقييم مستوى الأداء الحالي:

١ ـ القدرات العقلية:

القدرات العقلية	غير قادر	ضعيف	متوسط	جيد	ملاحظات
التذكر					
الانتباه					
الإدراك					
التمييز					
التفكير					
التخيل					

قدرات أخرى..

٢ ـ القدرات الحسية:

القدرات الحسية	غير قادر	ضعيف	متوسط	جيد	ملاحظات
السمعية					
البصرية					
التآزر البصري و الحركي					

قدرات أخرى..

٣ ـ القدرات اللغوية:

القدرات اللغوية	غير قادر	ضعيف	متوسط	جيد	ملاحظات
النطق و الكلام					
التعبير عن الموقف					
تنظيم الجمل					

قدرات أخرى..

٤ - القدرات الجسمية والحركية:

القدرات الجسمية والحركية	غير قادر	ضعيف	متوسط	جيد	ملاحظات
استخدام العضلات الصغيرة					
استخدام العضلات الكبيرة					
التناسق الحركي					
التآزر الحركي البصري					

قدرات أخرى..

٥ - مهارات السلوك التكيفي:

مهارات السلوك التكيفي	غير قادر	ضعيف	متوسط	جيد	ملاحظات
العناية بالنفس					
الاستقلالية الشخصية					
العلاقة مع أقرانه					
الاتصال مع الآخرين					

قدرات أخرى..

٦ - مهارات الحياة اليومية:

مهارات الحياة اليومية	غير قادر	ضعيف	متوسط	جيد	ملاحظات
النظافة الشخصية					
الأكل والشرب					
اللبس					
التحكم بالمخارج					

قدرات أخرى..

٧ - المهارات الأكاديمية:

المهارات الأكاديمية	غير قادر	ضعيف	متوسط	جيد	ملاحظات
القراءة					
الكتابة					
الرياضيات					
العلوم					
التربية الإسلامية					
الاجتماعيات					
مهارات التواصل					

قدرات أخرى...

السبورة

٨- موقع الطالب في الفصل

السبورة

• الاختبارات و المقاييس:

أولا: الرسمية:

١- ....

٢- ....

٣- ....

٤- ....

٥- ....

٦- ....

٧- ....

٨- ....

ثانيا: غير الرسمية:

١- ....

٢- ....

٣- ....

٤- ....

٥- ....

٦- ....

٧- ....

٨- ....

نقاط القوة والضعف

- نقاط الضعف لدى التلميذ

١	
٢	
٣	
٤	
٥	
٦	
٧	
٨	
٩	
١٠	

المادة	
الفصل الدراسي	

- نقاط القوة لدى التلميذ

١	
٢	
٣	
٤	
٥	
٦	
٧	
٨	
٩	
١٠	

- نتائج التقويم التربوي النفسي:

١- ....

٢- ....

٣- ....

٤- ....

٥- ....

٦- ....

٧- ....

٨- ....

الهدف العام للخطة..

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

الأهداف التدريسية

المادة		الصف الدراسي		الفصل الدراسي	

الأهداف طويلة المدى الفصلية

الرقم	الأهداف بعيدة المدى	الفترة الزمنية لتحقيق الهدف	
		من	إلى
١			
٢			
٣			
٤			

الأهداف قصيرة المدى

الرقم	الأهداف بعيدة المدى	الفترة الزمنية لتحقيق الهدف	
		من	إلى
١			
٢			
٣			
٤			

الأهداف الخاصة:

م	الأهداف الخاصة	المدة المتوقعة لتحقيق الهدف	المشاركون في تحقيق الهدف	تحقيق الهدف		ملاحظات
				تحقق	لم يتحقق	
١-			١-.................. ٢-.................. ٣-..................			
٢-			١-.................. ٢-.................. ٣-..................			
٣-			١-.................. ٢-.................. ٣-..................			
٤-			١-.................. ٢-.................. ٣-..................			
٥-			١-.................. ٢-.................. ٣-..................			

٦-			١- .... ٢- ٣-			
٧-			١- .... ٢- ٣-			
٨-			١- .... ٢- ٣-			
٩-			١- .... ٢- ٣-			

ملخص دراسة الحالة:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

الهدف قصير المدى ( )	الأهداف التدريسية	الزمن المتوقع لتحقيق الهدف	أسئلة التقييم
طريقة تحقيق الأهداف التدريسية	الهدف التدريسي رقم (١) العرض/	من / / ١٤هـ إلى / / ١٤هـ	
	الهدف التدريسي رقم (٢) العرض/	من / / ١٤هـ إلى / / ١٤هـ	
	الهدف التدريسي رقم (٣) العرض/	من / / ١٤هـ إلى / / ١٤هـ	
	الهدف التدريسي رقم (٤) العرض/	من / / ١٤هـ إلى / / ١٤هـ	
	الهدف التدريسي رقم (٥) العرض/	من / / ١٤هـ إلى / / ١٤هـ	

معيار الأداء	الهدف (١)	الهدف (٢)	الهدف (٣)	الهدف (٤)	الهدف (٥)
	( ) من ( ) محاولات صحيحة	( ) من ( ) محاولات صحيحة	( ) من ( ) محاولات صحيحة	( ) من ( ) محاولات صحيحة	( ) من ( ) محاولات صحيحة
الوسائل المستخدمة					
التعزيز	مادي ○ معنوي ○	مادي ○ معنوي ○	مادي ○ معنوي ○	مادي ○ معنوي ○	مادي ○ معنوي ○
التقييم	تحقق ○ يمدد ○ يعدل ○ يعاد ○	تحقق ○ يمدد ○ يعدل ○ يعاد ○	تحقق ○ يمدد ○ يعدل ○ يعاد ○	تحقق ○ يمدد ○ يعدل ○ يعاد ○	تحقق ○ يمدد ○ يعدل ○ يعاد ○
التقييم النهائي					

((الجلسة التدريبية الأولى))

- هدف الجلسة: ....
- تاريخ الجلسة :   /   /
- مكان الجلسة: ....
- مدة الجلسة : ....
- الأدوات التعليمية المستخدمة في الجلسة التدريبية:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

- أعضاء الجلسة:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

- الأنشطة التربوية:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

- سير الجلسة:

....

....

- نسبة استجابة الطالب:

....

....

• تقرير عن الجلسة:

....

....

....

....

....

((الجلسة التدريبية الثانية))

• هدف الجلسة: ....

• تاريخ الجلسة : / /

• مكان الجلسة: ....

• مدة الجلسة : ....

• الأدوات التعليمية المستخدمة في الجلسة التدريبية:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

• أعضاء الجلسة:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

• الأنشطة التربوية:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

• سير الجلسة:

....

....

• نسبة استجابة الطالب:

....

....

• تقرير عن الجلسة:

....

....

....

....

....

((الجلسة التدريبية الثالثة))

• هدف الجلسة: ....

• تاريخ الجلسة : / /

• مكان الجلسة: ....

• مدة الجلسة : ....

• الأدوات التعليمية المستخدمة في الجلسة التدريبية:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

• أعضاء الجلسة:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

• الأنشطة التربوية:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

• سير الجلسة:

....

....

• نسبة استجابة الطالب:

....

....

• تقرير عن الجلسة:

....

....

....

....

....

((الجلسة التدريبية الرابعة))

- هدف الجلسة: ....
- تاريخ الجلسة : / /
- مكان الجلسة: ....
- مدة الجلسة : ....
- الأدوات التعليمية المستخدمة في الجلسة التدريبية:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

- أعضاء الجلسة:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

- الأنشطة التربوية:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

- سير الجلسة:

....

....

- نسبة استجابة الطالب:

....

....

• تقرير عن الجلسة:

....

....

....

....

....

وهكذا ويتم تكرار ما سبق على حسب عدد الجلسات التدريبية الفعلية.

• **تقارير الجلسات:**

• اسم الطالب............................الصف.............

تاريخ الجلسة	مدتها	الهدف	الإجراءات العلاجية	درجة الاستجابة	ملاحظات
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					

((التقرير الشهري)):

• اسم الطالب.................................الصف...

• عدد الجلسات خلال شهر ((......................))

....

....

• عدد مرات غياب الطالب: ....

• مبررات ذلك:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

• درجة استجابة الطالب خلال الجلسات..........................

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

• درجة استجابة ولي أمر الطالب مع فريق الخطة.

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

• درجة تعاون كل عضو من فريق الخطة مع المشرف عليها

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

• ما تم تحقيقه من الخطة التربوية:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

معوقات الخطة:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

• ملخص التقرير الشهري:

....

....

....

....

....

....

((التقرير النهائي))

- اسم الطالب.................................الصف....................
- عدد الجلسات خلال شهر ((........................))

....

....

....

- عدد مرات غياب الطالب: ....
- مبررات ذلك:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

- درجة استجابة الطالب خلال الجلسات...

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

- درجة استجابة ولي أمر الطالب مع فريق الخطة

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

• درجة تعاون كل عضو من فريق الخطة مع المشرف عليها

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

• ما تم تحقيقه من الخطة التربوية..........................

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

• معوقات الخطة:

١- ....

٢ - ....

٣ - ....

٤ - ....

٥ - ....

• ملخص التقرير النهائي:

....

....

....

....

....

....

الفصل السابع

تعديل سلوك المعاقين فكرياً القابلين للتدريب

- نماذج التعلم التي تمثل أسس العلاج السلوكي
- أهم الفنيات المستخدمة في تعديل سلوكيات الأطفال المعاقين فكرياً
- أمثلة تطبيقية على تحليل الأهداف لبعض المهارات الاستقلالية للمعاقين فكرياً
- جداول النشاط المصورة كإحدى الاستراتيجيات الحديثة فى تعديل سلوك المعاقين فكرياً.

الفصل السابع

تعديل سلوك المعاقين فكرياً القابلين للتدريب

تعريف السلوك:-

يعرف السلوك الإنساني بأنه" كل الأفعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد سواءً كانت ظاهرة أم غير ظاهرة. ويعرفه آخرين بأنه أي نشاط يصدر عن الإنسان سواءً كان أفعالا يمكن ملاحظتها وقياسها كالنشاطات الفسيولوجية والحركية أو نشاطات تتم على نحو غير ملحوظ كالتفكير والتذكر والوساوس وغيرها".

والسلوك ليس شيئاً ثابتاً ولكنه يتغير وهو لا يحدث في الفراغ وإنما في بيئة ما، وقد يحدث بصورة لاإرادية وعلى نحو ألي مثل التنفس أو الكحة أو يحدث بصورة إرادية وعندها يكون بشكل مقصود وواعي وهذا السلوك يمكن تعلمه ويتأثر بعوامل البيئة والمحيط الذي يعيش فيه الفرد.

أنواع السلوك

أ. السلوك الاستجابي:

وهو السلوك الذي تتحكم به المثيرات التي تسبقه، فبمجرد حدوث المثير يحدث السلوك، فالحليب في فم الطفل يؤدي إلى إفراز اللعاب، ونزول دموع العين عند تقطيع شرائح البصل وهكذا وتسمى المثيرات التي تسبق السلوك بالمثيرات القبلية.

إن السلوك الاستجابي لا يتأثر بالمثيرات التي تتبعه وهو أقرب ما يكون من السلوك اللاإرادي، فإذا وضع الإنسان يده في ماء ساخن فانه يسحبها أوتوماتيكياً، فهذا السلوك ثابت لا يتغير وان الذي يتغير هو المثيرات التي تضبط هذا السلوك.

ب . السلوك الإجرائي:

هو السلوك الذي يتحدد بفعل العوامل البيئية مثل العوامل الاقتصادية والاجتماعية والتربوية والدينية والجغرافية وغيرها .

كما أن السلوك الإجرائي محكوم بنتائجه فالمثيرات البعدية قد تضعف السلوك الإجرائي وقد تقويه وقد لا يكون لها أي تأثير يذكر .

ونستطيع القول أن السلوك الإجرائي أقرب ما يكون من السلوك الإرادي .

خصائص السلوك:

١ . القابلية للتنبؤ:

إن السلوك الإنساني ليس ظاهرة عفوية ولا يحدث نتيجة للصدفة وإنما يخضع لنظام معين ، وإذا استطاع العلم تحديد عناصر ومكونات هذا النظام فانه يصبح بالإمكان التنبؤ به، ويعتقد معدلي السلوك أن البيئة المتمثلة في الظروف المادية والاجتماعية الماضية والحالية للشخص هي التي تقرر سلوكه، ولذلك نستطيع التنبؤ بسلوك الشخص بناءً على معرفتنا بظروفه البيئية السابقة والحالية، وكلما ازدادت معرفتنا بتلك الظروف وكانت تلك المعرفة بشكل موضوعي أصبحت قدرتنا على التنبؤ بالسلوك أكبر ، ولكن هذا لا يعني أننا قادرون على التنبؤ بالسلوك بشكل كامل ، فنحن لا نستطيع معرفة كل ما يحيط بالشخص من ظروف بيئية سواء في الماضي أو الحاضر .

٢ . القابلية للضبط:

إن الضبط في ميدان تعديل السلوك عادة ما يشمل تنظيم أو إعادة تنظيم الأحداث البيئية التي تسبق السلوك أو تحدث بعده ، كما أن الضبط الذاتي في مجال تعديل السلوك يعني ضبط الشخص لذاته باستخدام المبادئ والقوانين التي يستخدمها لضبط الأشخاص الآخرين .

والضبط الذي نريده من تعديل السلوك هو الضبط الايجابي وليس الضبط السلبي ، لذا أهم أسلوب يلتزم به العاملون في ميدان تعديل السلوك هو الإكثار من أسلوب التعزيز والإقلال من أسلوب العقاب .

٣. القابلية للقياس:

بما أن السلوك الإنساني معقد لان جزء منه ظاهر وقابل للملاحظة والقياس والجزء الأخر غير ظاهر ولا يمكن قياسه بشكل مباشر لذلك فان العلماء لم يتفقوا على نظرية واحدة لتفسير السلوك الإنساني، وعلى الرغم من ذلك فان العلم لا يكون علمياً دون تحليل وقياس الظواهر المراد دراستها، وعليه فقد طور علماء النفس أساليب مباشرة لقياس السلوك كالملاحظة وقوائم التقدير والشطب وأساليب غير مباشرة كاختبارات الذكاء واختبارات الشخصية، وإذا تعذر قياس السلوك بشكل مباشر فمن الممكن قياسه بالاستدلال عليه من مظاهره المختلفة.

وتوجد العديد من الفنيات والاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي تستخدم في تعديل سلوك الأطفال المعاقين فكرياً والتي يمكن من خلالها إكسابهم العديد من السلوكيات المرغوب أو خفض السلوكيات الغير مرغوبة سوف نتناولها فيما يلي:

حيث يعرف تعديل السلوك behavior modification بأنه أي إجراء يمكن اللجوء إليه في سبيل الحد من مشكلات السلوك عامة، كما أن البعض يقصرنه على العلاج السلوكي فقط، حيث يرون أنهم يمكنهم إتباع الفنيات السلوكية دون غيرها ليحققوا هدفهم المنشود، ويقدمون في سبيل ذلك أربعة نماذج أساسية للتعلم تمثل أسس العلاج السلوكي (عادل عبد الله، ٢٠٠٣، ص٩)

١) نموذج الاشتراط الكلاسيكي: Classical Conditioning Model

نموذج الاشتراط البسيط أو الاشتراط الاستجابى الذي يركز على تبديل المنبهات القديمة بمنبهات تستثير سلوكا جديدا أو إلحاق منبهات جديدة إلى استجابات متوفرة سابقا. (لويس كامل مليكة، ١٩٩٤، ص ٣٠)

ويضم إلى جانبه نموذج بافلوف Pavlov الذي يقوم على الاقتران الشرطي والذي يتحدد في ضوئه اكتساب السلوكيات المرغوبة أو غير المرغوبة من خلال اقتران مثير شرطي أو محايد بمثير طبيعي لعدد من المرات، ومن ثم يرون أن تعديل السلوك من هذا المنطلق يمكن أن يتم عن طريق إلغاء ذلك الاقتران مما يسبب كف للاستجابة غير المرغوبة. (عادل عبد الله، ٢٠٠٣، ص ١٠)

٢) نموذج الاشتراط الإجرائي Operant Conditioning Model

وهذا النموذج يركز على دور المدعمات في تغير قوة استجابة سابقة، ويتحقق تعديل السلوك إما عن طريق تغير مباشر في عواقب السلوك أو عن طريق أساليب إضافية تخضع السلوك لضبط منبهات سبق أن خبرها العميل مرتبطة بعواقب تعليمية معينة (منبهات تمييزية).

٣) نموذج التعلم عن طريق الملاحظة The Observational Learning Model

وهذا النموذج يستخدم أساليب تيسر التعلم عن طريق التدريب على سلوك جديد بعد ملاحظة ادائة بواسطة أشخاص آخرين، أي نمذجة السلوك الذي افترضه باندورا في نظرية التعلم الاجتماعي (لويس كامل مليكة، ١٩٩٤، ص ٣٠).

ونجد أن ذلك النموذج يعتمد على النمذجة Modeling بصفة أساسية سواء باستخدام نماذج حية أو نماذج رمزية، ولذلك نجد أن الباحثين يلجأون إلى النمذجة كفنية أساسية في مختلف البرامج الإرشادية أو العلاجية التي يتم استخدامها في هذا الصدد بحيث تتم نمذجة السلوك المرغوب للطفل قبل أن يقوم هو به، ويتم بعد ذلك تدريبه على القيام بهذا السلوك بنفسه وان تمت تجزئته له حتى يتسنى له أن يؤديه بالقدر المناسب والمطلوب (عادل عبد الله، ٢٠٠٣، ص١٠).

٤) نموذج التنظيم الذاتي Self Regulation Model

وهو يمثل أي الطرق التي يمكن أن يغير الفرد بها سلوكه هو ذاته بحيث يتواءم مع بعض المعايير التي حددها هو لنفسه وعادة في مواقف تحدث بها صراعات قوية (لويس كامل مليكة، ١٩٩٤، ص٣٠).

وهو ذلك النموذج الذي يعتمد على تغيير سلوك الفرد من جانبه وبالتالي فأنه يعتمد على فنيات أساسية يأتي في مقدمتها الملاحظة الذاتية وتخطيط البيئة، وتغير البيئة وإعادة تنظيمها والبرمجة السلوكية التي تؤدى إلى حدوث تغير في النواتج.

هذا وتتعدد الفنيات التي يمكن استخدامها في هذا الصدد يأتي في مقدمتها الاشتراط المضاد، وإزالة الحساسية، والتدريب على الاسترخاء، والتعريض المتدرج، و النمذجة والتدعيم والعقاب سواء الايجابي أو السلبي (ثمن الاستجابة والإبعاد المؤقت)، وتكاليف

الاستجابة، وتدعيم السلوك الايجابي، وتأكيد الذات والذي يتم من خلال التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب على توكيد الذات ولعب الدور.

إلا أن الكثيرين يرون أن تعديل السلوك ليس حكرا على المدرسة السلوكية بل أن مصطلح تحديد السلوك كما أسلفنا سابقا هو أي إجراء يمكن اللجوء إليه في سبيل الحد من مشكلات السلوك (عادل عبد الله، ٢٠٠٣، ص ٣٠-٣١)

ويمكن تعريفه أيضا على انه « مجموعة العمليات التي تعمل على ملاحظة السلوك وتحليله وتعديله، وفق الاستراتيجيات والأساليب الخاصة بتعديل السلوك»(فاروق الروسان، ٢٠٠٠، ص٢٠٥).

ومن هذا المنطلق تعتبر جداول النشاط المصورة Picture Activity Schedules هي أحدث الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها مع هؤلاء الأطفال في سبيل الوصول إلى تعديل السلوك من خلال إكسابهم مهارات معينة، أو تنميتها، أو تدريبهم على سلوكيات مرغوبة أو الحد من سلوكيات أخرى غير مرغوبة وتعد تلك الجداول بمثابة مجموعة من الصور تعطى الإشارة للطفل المتخلف عقليا بالانغماس في أنشطة متتابعة أو تتابع معين للأنشطة ويعتمد الجدول على تقسيم المهمة المقدمة إلى وحدات صغيرة يتم تدريب الطفل عليها بشكل مستقل إلى أن يتقنها فيتم تدريبه على أدائها كاملة وذلك من خلال التوجيه اليدوي المتدرج حتى ينتهي منها بالشكل المطلوب، وتتبع جداول النشاط المصورة المدخل الإنمائي Developmental approach في تعليم الأطفال المعاقين عقلياً وهو الاتجاه الذي يعتمد على تنظيم وترتيب بيئة التعلم، وتقديم الأنشطة التي تتفق مع مهارات الأطفال واهتماماتهم واحتياجاتهم الخاصة (عادل عبد الله، ٢٠٠٣، ص١٣).

التعليم المنظم عملية متكاملة للتدخل العلاجي للأطفال ذو الحاجات الخاصة ترتكز على جعل البيئة من حول الطفل واضحة ومفهومة وعبرها يمكنه التنبؤ بالخطوات التي ستحصل خلال أيامه العادية وتضعه في مواقف أقل حيرة وهذا مما يقلل من المشاكل السلوكية للطفل وتدفعه نحو المزيد من الاستقلالية والاعتماد والثقة بالنفس عبر التنظيم المحسوس، وتقليل التشتت البصري والسمعي وعبر تطوير أماكن التعلم الحر والجماعي داخل الصف. (فردي - اعتمادي - انتقالي - لعب منظم) أو خارج الصف الدراسي (ألعاب حسية

-ألعاب رياضية - رسم - موسيقى - سباحة وغيرها)، وهذا التعلم يتم من خلال تسلسل صور أو رموز أو كلمات توضح للطفل ما سيتم عمله. (www.gulfkids.com)

وتعتمد جداول النشاط المصورة في تصميمها على مستويات ملائمة من الإثارة ولكنها في ذات الوقت لا تبتعد عن مبادئ الاتجاه السلوكي في التعلم والذي يعتمد على الإثابة والمكافأة، وتكرار التدريب، وتكرار التتابع، وإشراك الطفل في مواقف الحياة الفعلية، و النمذجة (عادل عبد الله، ٢٠٠٣، ص١٣).

وبذلك يتم استخدام الفنيات السلوكية مع مثل هذه الجداول حتى نصل بالطفل إلى مستوى المهارات المطلوبة في العديد من السلوكيات ليصبح الطفل المعاق فكرياً أكثر استقلالية في حياته.

أهم الفنيات المستخدمة في تعديل سلوكيات الأطفال المعاقين فكرياً:

- النمذجة.
- التشكيل
- لعب الدور.
- التوجيه اليدوي واللفظي.
- التعزيز.
- التكرار.

أهم الإجراءات التي تستخدم فى تعديل السلوك

- التصحيح الزائد .
- الإقصاء.
- تكلفة الاستجابة.

١- **(النمذجة التعلم بالتقليد**Modeling)

وهي عملية تغير السلوك نتيجة ملاحظة سلوك الآخرين (أي مشاهدة لنموذج معين) وتعتبر أسلوب النمذجة من الأساليب المعروفة التي يمكن استخدامها مع الأطفال العاديين والمعاقين عقليا، و النمذجة مستندة إلى نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا وتركز على تعلم

الفرد في سياق اجتماعي وبتقليد السلوك الجديد المتعلم حين يقوم به (نموذج)مرغوب فيه للطفل، ووفق هذا الأسلوب لابد من توفر النقاط الآتية:

- مكانة النموذج، ويقصد به مكانه النموذج للفرد
- نمط أو نوع السلوك المقلد، ويقصد بذلك ما هو السلوك المتوقع تقليده من قبل الفرد
- مكافأة السلوك المقلد، ويقصد بذلك أن يتوقع المقلد سلوكه المقلد، اى على سلوكه المقلد للنموذج

ويتعلم الطفل الكثير من أشكال السلوك المتعلقة بالنظافة والرعاية الصحية، والمظهر العام، وطريقة الحديث مع الآخرين، ومن هنا تأتى أهمية النماذج السلوكية المناسبة للأطفال حتى يتم تقليدها. (فاروق الروسان، ٢٠٠٠، ص ٢١١-٢١٢)

٢- (التشكيل التقريب - التتابعيShaping)

يعتبر أسلوب تشكيل السلوك shaping من أساليب تعديل السلوك المعروفة والتي يمكن توظيفها مع الأطفال العاديين والأطفال غير العاديين، ففي هذا الأسلوب يتم تعديل سلوك الفرد تدريجيا حتى يحقق الفرد السلوك النهائي المتوقع منه وبكلمات أخرى فأن هذا الأسلوب يتضمن تحليل الهدف السلوكي إلى مجموعة من الخطوات الفرعية أو ما يسمى بأسلوب تحليل المهمات (Task Analysis Procedure) ثم يتم تعزيز كل خطوة فرعية ناجحة، حتى يقترب الفرد من السلوك النهائي المتوقع تحقيقه، ومثال على ذلك فأن كان الهدف هو تنظيف الفرد لأسنانه، فيمكن تحليل هذا الهدف إلى عشر خطوات فرعية تبدأ بالتوجه نحو المغسلة، وتنتهي بتنظيف الأسنان بطريقة معينة ويقوم الاخصائى بتعزيز كل خطوة ناجحة في سلم تسلسل المهارات الفرعية حتى يصل المتعلم إلى أخر خطوة وهى ما يعرف بالسلوك النهائي (فاروق الروسان، ٢٠٠٠، ص٢١٢)

ويتطلب تعلم السلوك عن طريق التشكيل ما يلي

- تحديد السلوك النهائي المطلوب تعلمه
- تحديد نقطة البداية التي سيتعلم منها الطفل السلوك

- توفير المدعمات المناسبة للمتعلم بعد كل خطوة في اتجاه السلوك المستهدف .
- عندما تكون المهارة أو السلوك المطلوب تعلمه معقدا، ويتضمن عمليات مختلفة فأن المعلم يلجأ إلى تقسيم السلوك إلى مراحل و أجزاء وعلى المعلم أن يدعم كل مرحلة يتم إنجازها حتى يصل إلى المرحلة النهائية، فكل جزء أو مرحلة يمثل حلقة أو سلسلة وتسمى هذه العملية التسلسل السلوكي Behavioral Chaining (علاء الدين كفافى، ١٩٩٩، ص ٢٨٦).

٣-لعب الدور Role Playing

لا يقتصر دور الطفل في فنية تمثيل الأدوار على الملاحظة فقط ولكنه يقوم بأداء السلوك (الموقف)، ويمثل أدوارا قد تكون مرتبطة بمشكلاته، ويستخدم السلوكيين فنية تمثيل الأدوار مع الشخص بغرض زيادة قدرته على مواجه الإحباط والعجز في المواقف الاجتماعية الحاسمة، كما يستخدمونه أيضا لإكسابه المهارات الاجتماعية التي تتطلبها العلاقات الاجتماعية بالآخرين (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ص٢١٦-٢١٧).

٤-التوجيه (الحث و الإخفات) Prompting & Fading

التلقين هو استخدام مثيرات إضافية تساعد على زيادة احتمال أداء الفرد للسلوك المطلوب تعليمة، فهو نوع من الدفع للفرد ليأتي سلوكا معينا، والإيحاء له أو التلميح بأن سلوكه سيدعم، ويتخذ التلقين صورا عديدة كما يلي:

أ- **لفظيا مباشر**Verbal : فتصاغ التعليمات صياغة لفظية، وكأن يقول المعلم لتلميذة اكتب هذه القطعة مرتين.

ب- **إيمائيا** Gestural: حيث يعتمد على نقل الرسالة بالإشارة، كان يصدر المعلم إشارة تدل على الموافقة والتأييد، أو إشارة دالة على الرفض والمعارضة بشرط أن يكون الطرفان على علم بمعنى الإشارة.

ج- **جسميا** Physical : حيث يحاول المدرب مساعدة المتعلم مساعدة جسمية في أداء عمل من الأعمال (كما هو الحال في التوجيه اليدوي في جداول النشاط المصورة) (علاء الدين كفافى، ١٩٩٩، ص ٢٨٨).

الإخفاء :

أما بالنسبة للاخفات Fading أو الإخفاء تشير إلى الإزالة التدريجية للتوجيه أو الحث بحيث يتحول ضبط الاستجابة المطلوبة من الحث إلى الضبط من خلال المنبهات (لويس كامل مليكة، ١٩٩٨، ص٢٤٥)

كيفية استخدام الإخفاء:

١-يجب تحديد المثيرات التمييزية المساندة ويجب أن يستند اختيار المثيرات التمييزية الطبيعية إلى حقيقة أن هذه المثيرات توجد بشكل متواصل فى البيئة الطبيعة.

٢-يجب تحديد الإخفاء فبعد أن يتضح لنا أن الاستجابة المستهدفة قد أصبحت تحدث بشكل متواصل نتيجة للتلقين فباستطاعتنا حينذاك البدء بإخفاء التلقين تدريجيا والمبدأ العام المتبع فى الإخفاء هو الاعتماد على تقييم الأداء لتحديد سرعته فإذا كان الإخفاء سريعا جدا فالاستجابة قد تتوقف عن الحدوث تماما وإذا كان الإخفاء بطيئا فقد يصبح اعتماد الفرد على التلقين كبيرا جدا مما يؤثر سلبا فى ادائة المستقل.

٣- أن طريقة الإخفاء المناسبة تعتمد على نوع التلقين المستخدم فيمكننا إخفاء التلقين اللفظي من خلال تقليل عدد الكلمات المستخدمة كان نقول (تعال) بدلا من أن نقول (احمد). تعال هنا. أو من خلال تخفيض حدة الصوت تدريجيا بحيث يصبح الشخص بحاجة إلى الانتباه جيدا إلى الملقن ليسمع ما يقوله تدريجيا بحيث فى النهاية قادرا على قراءة شفاه الملقن ويمكن إخفاء التلقين الإيمائي بتقليل حجم الإيماء كاستخدام الإصبع بدلا من اليد كلها أو بالانتقال من التلقين الواضح إلى تلقين اقل وضوحا كالنظرة بدلا من الإشارة أما التلقين الجسدي فيمكن إخفاؤه بتقليل الضغط الناتج عن اللمس فبدلا من لمس الفرد باليد يمكن لمسة بجزء منها ثم بالأصابع وأخيرا بإصبع واحد فقط الخ.

١- **التعزيز** Reinforcement

وهو عملية تدعيم السلوك المناسب، أو زيادة احتمالات تكراره في المستقبل بإضافة مثيرات إيجابية، أو إزالة مثيرات سلبية بعد حدوثه، ولا يقتصر وظيفة التعزيز علي زيادة احتمالات تكرار السلوك في المستقبل فقط، فهو ذو أثر إيجابي من الناحية النفسية أيضا، لقد طور العلماء السلوكيون عددا من مبادئ التعزيز منها

وسائل التعزيز:

و هناك العديد من وسائل التعزيز فمنها:

- المأكولات و الحلويات. . و تستخدم مع أقل مستويات الإدراك.
- الألعاب و المجسمات.
- تعبيرات الوجه. . الابتسام.
- الاحتكاك البدني. . العناق، الربت، وضع اليد علي الكتف، الضم، الربت علي الظهر.
- الإيماءات والتشجيع. . التصفيق، الإشارة بالإبهام (OK)، عبارات التشجيع
- خليط من الاستجابات.
- إعطاء دور قيادي أو ثناء الرفاق.
- الثناء الذاتي للطفل. . أي رغبة الطفل نفسه في أن يصبح أفضل.

أنواع التعزيز:

(١) من حيث الإعطاء أو المنع:

و ينقسم التعزيز من حيث الإعطاء أو المنع إلي نوعين:

• مبدأ التعزيز الايجابي والسلبي:

إن المعزز الايجابي مثير مرغوب يتبع السلوك ويزيد من احتمالية تكراره كالطعام الذي يقدم للقطة في تجارب ثورا نديك، يعمل الطعام كمعزز ايجابي للإنسان والحيوان وكذلك فأن الألعاب والنقود والجوائز والأشياء غير المحسوسة كالمديح تعمل كمعززات ايجابية ومن أمثلة المعززات الايجابي:

- معززات مادية –– كالألعاب / البالونات.
- معززات نشاطية –– كالنشاطات الرياضية / الاستماع إلى الموسيقى / الرسم والإصغاء إلى القصة.
- معززات رمزية –– وهي أشياء مادية تستبدل بمعززات أخرى كالنقاط والكوبانات، الطوابع، أزرار، النجوم، الأشكال الهندسية، قصاصات ورقية.

- مدح الطفل بعد ادائة بشكل صحيح وقبل إعطاء التعزيز يجب أن نسأل أنفسنا عن:
- ما هي أشكل التعزيز التي يحبها الطفل
- هل يفضل الطفل أن يحصل على تعزيز مادي مثل الطعام أم تعزيز معنوي مثل المدح أو الاحتضان.
- هل يحب معزز دون غيره.
- هل يفضل أنواع أخرى من المعززات البديلة التي تستخدم أيضاً كمعززات.

كل هذه النقاط السابقة تجعلنا نعرف نوعية التعزيز الفعال.

التعزيز السلبي:

إنهاء أو سحب مثير غير مرغوب بعد القيام بالسلوك المناسب وهو يعمل أيضا على زيادة تكرار السلوك كأن يبكي الطفل ليحصل على ما يريد، ويستجيب الأب لهذا البكاء ويتوقف الطفل عن البكاء بعد حصوله على ما يريد وبذلك فأن الأب قام بالتعزيز السلبي للطفل (محمد عودة الريماوى، ورفعة رافع الزعبي، ٢٠٠٤، ص ١٧٤)

(٢) من حيث الاستمرار و الانقطاع:

كما ينقسم التعزيز من حيث الإستمرار أو الإنقطاع في منح التعزيز إلي:

١. **تعزيز مستمر:**

و هو أبسط أنواع التعزيز و يتم خلاله تعزيز الطفل كل مرة يقوم فيها بإصدار الاستجابة المرغوبة.

٢. **تعزيز متقطع:**

و يتم في هذه الحالة تعزيز الطفل و لكن ليس بعد كل مرة من مرات إصدار الاستجابة و إنما علي مدي متقطع من إصدار الاستجابات و تختلف أشكال تقديم التعزيز المتقطع فمنه:

- **تعزيز متقطع نسبي:**

يقدم بناء علي عدد مرات حدوث الاستجابة ومنه:

ـ متقطع نسبي ثابت: يقدم بعد عدد محدد من المرات. كل مرتين أو ثلاثة مثلا لإصدار الاستجابة.

ـ متقطع نسبي متغير: يقدم بعد عدد متغير من المرات للمرات التي يصدر فيها الطفل الاستجابة المرغوبة.

- **تعزيز متقطع (علي فترات زمنية):**

و يقدم علي فترات زمنية طبقا لمدي التزام الطفل بإصدار الاستجابات المرغوبة.. و منه:

ـ متقطع علي فترات زمنية ثابتة:

و يتم في هذه الحالة تقديم التعزيز علي فترات زمنية متساوية (كل ٣ دقائق مثلا) في حالة التزام الطفل بإصدار الاستجابات التي يريدها المدرس..

ـ متقطع علي فترات زمنية متغير:

ويتم في هذه الحالة تقديم التدعيم علي فترات زمنية ولكن علي فترات زمنية متغيرة طبقا لما يري المدرس أنه في صالح الطفل، فمثلا يتم تقديم المعزز كل ٣دقائق، ثم ٤، ٥، ١، ١ قبل أن ينهي النشاط.

ملاحظات يجب مراعتها عند تقديم المعززات:

١. يجب إعطاء المكافأة بمقدار صغير حتى تستمر فاعليتها طوال مدة التدريب. فعلي سبيل المثال يأخذ الطفل قطعة صغيرة من الحلوى لكل مرة يصدر فيها الاستجابة المطلوبة، فما هي الفائدة إذا أخذ الطفل قطعة الحلوى كلها عند إصدار أول استجابة فما هو الدافع الذي سيدفع الطفل خلال باقي فترة التدريب لإصدار الاستجابة المطلوبة.

٢. يجب أن نعرف الطفل علي سبب إعطاؤه المكافأة و إلا فليس هناك فائدة من وراء تقديم هذه المكافأة مادام الطفل لن يربط بينها و بين السلوك المرغوب لدي الطفل.

٣. يجب أن يكون التدعيم محدد و صريح حيث يجب أن تتحكم المكافأة في سلوك معين لدي الطفل بحيث تقدم بعده مباشرة و ليس بعد فترة حتى لا يحدث لبس لدي

الطفل بعدما يكون قد نسي ما هو الذي فعله ليستحق هذه المكافأة فيربط بين هذه المكافأة و أي سلوك آخر أو أنه قد يعتبرها مجرد مكافأة..

٤. يمكن استخدام خليط من وسائل التعزيز و لكن يجب الحذر في الحفاظ علي وسيلة تعزيز واحدة هي الأكثر حبا لدي الطفل بحيث لا يجنح الطفل إلي عدم الاكتراث لهذا المدرس الذي يمطره بوسائل التدعيم في كل الأوقات.

٥. بمجرد اكتساب الطفل للسلوك المرغوب و تمكنه من القيام بالمهمة كاملة دون توجيه أو مساعدات إضافية يصبح التدعيم غير ذي فائدة و يجب علي المدرس سحب هذا الدعم (بمعني آخر فطام الطفل من المعزز)، إلا أنه يجب أن يراعي التدرج في سحب وسيلة التدعيم فمثلا بدلا من أنه كان يقدم المعزز كل ٣ دقائق، يقدمه كل ٦ دقائق، ثم ٨ أو ٩ أو ١٠ دقائق أو لا يقدمه علي الإطلاق، و لكن ليس معني هذا أن يتوقف المدرس عن تقديم الثناء إطلاقا فليس معقولا ألا يقول المدرس كلمة من كلمات التشجيع أو ثناء للطفل في وقت لاحق عند أداء الطفل للمهمة بشكل سليم.

بعض الإجراءات التي تستخدم فى تعديل السلوك

التصحيح الزائد (Overcorrection)

يستخدم هذا الإجراء لتقليل السلوكيات غير المقبولة، التي بينت الدراسات فعاليته هو الإجراء المعروف بالتصحيح الزائد. والتصحيح الزائد إجراء معقد ليس من السهل تعريفه، فعديد جداً هي الدراسات التي استخدمت وسائل مختلفة لتقليل السلوك أطلق عليها جميعاً التصحيح الزائد، وبشكل عام فهذا الإجراء يشتمل علي توبيخ الفرد بعد قيامه بالسلوك غير المقبول، وتذكيره بما هو مقبول، وما هو غير مقبول ومن ثم يطلب منه إزالة الأضرار التي نتجت عن سلوكه غير المقبول أو تأدية سلوكيات نقضيه للسلوك غير المقبول الذي تقليله بشكل متكرر لفترة زمنية محددة.

ويسمي الشكل الأول الذي قد يأخذ التصحيح الزائد. والمتعلق بإزالة الضرر الذي ينتج عن السلوك بتصحيح الوضع (Restitution) وهو يعني ببساطة الطلب من الفرد إعادة الوضع إلي أفضل مما كان عليه سابقاً (قبل حدوث السلوك غير المقبول). أما الشكل

الآخر للتصحيح الزائد والمتعلق بتاديه سلوكيات لا تتوافق مع السلوك غير المقبول فيسمي بالممارسة الايجابية (Positive Practice).

والعامل الحاسم الذي يعمل علي إنجاح التصحيح الزائد هو عدم تعزيز الفرد أثناء تأديته للسلوكيات التي تطلب منه، وهي السلوكيات التي تسمي عادي بسلوكيات التصحيح الزائد. كذلك يجب ان يقوم الفرد بتأدية تلك السلوكيات مدة طويلة بما لديه الكفاية، ليكون هذا الإجراء شيئا مزعجاً. ولان التصحيح الزائد، نوع من أنواع العقاب فهو أيضا قد يؤدي إلي استجابات انفعالية مختلفة كالعدوان، والهرب، الخ.

لقد بنيت مئات الدراسات فعالية التصحيح الزائد، كإجراء لتقليل السلوك غير المقبول. ففي احدي هذه الدراسات قام ازرين وويسولوسكي (Azrine and ١٩٧٤، Wesolowski) بإيقاف سلوك السرقة لدي مجموعة من الأشخاص المعاقين عقلياً بإستخدام التصحيح الزائد.

كانت المشكلة لدي هؤلاء الأشخاص هي أنهم يسرقون مأكولات بعضهم بعضاً (كالحلوى، والعصير، والبسكويت، الخ) وفي البداية استخدم هذان الباحثان إجراء أسموه التصحيح البسيط (Simple Corretion) اشتمل علي الطلب من الشخص السارق إعادة ما سرقه إلي صاحبه. واستمر في استخدام هذه الطريقة مدة خمسة أيام فوجدوا أن معدل السرقات كان حوالي عشرين مرة في اليوم الواحد.

وفي اليوم السادس ابتدأ المعالجان باستخدام التصحيح الزائد، فقاما بتوبيخ السارق وطلبا منه أن يعيد ما سرقه، والتوقف عن تناول الطعام، وإحضار مأكولات إضافية للشخص الذي سرق منه طعامه ووضعها أمامه.

لقد أدي هذا الإجراء إلي توقف الأفراد قيد الدراسة (والبالغ عددهم أربعة وثلاثين شخصاً) عن السرقة تماماً.

وفي دراسة ثانية أوضح لويسلي وميشود (Luisiti and Michaud، ١٩٨٣) إمكانية معالجة الإيذاء والسلوك العدواني باستخدام التصحيح الزائد. وقد أجريت هذه الدراسة علي طفل مكفوف في الحادية عشر من عمره وابتدأت بقيام المعلم بتسجيل تكرار السلوكيات المستهدفة يومياً. وللتحقق من صدق بيانات المعلم، قام احد الباحثين بملاحظة الطفل في جلسات عشوائية، أثناء مرحلتي الخط القاعدي.

جدول يوضح الأشكال الرئيسية للتصحيح الزائد

الشكل	الوصف
١- التدريب علي العناية الفمية (Oral Hygiene Training)	يستخدم هذا الأسلوب لمعالجة الأنماط السلوكية التي تشمل استخدام الفم بطريقة غير مناسبة من مثل الشتم ، قضم الأظافر ، عض اليدين ، مص الإبهام ، ويستمر التدريب في المرة الواحدة قرابة ٣ دقائق
٢- التدريب علي الحركات الوظيفية (Functional Move - ments training)	ان هذا الشكل هو أكثر إشكال التصحيح الزائد المستخدمة في برامج تعديل السلوك ، وهذا الشكل يستخدم في العادة لخفض الإثارة الذاتية بنشاطات حركية متعبة وإذا لم يتعاون الشخص فهو يرغم علي ذلك. ويستمر التدريب في المرة الواحدة زهاء ١٥ دقيقة
٣- التدريب علي النظافة (Cleanliness Training)	يستخدم أسلوب التدريب علي النظافة مع الأطفال العادين والمعوقين ، لتدريبهم علي استخدام الحمام ، فإذا حدث ان اتسخت ملابس الطفل ، يطلب منه تغيير ملابسه وتنظيف نفسه ، وممارسة الذهاب الي الحمام والجلوس بطريقة مناسبة عدة مرات ، ويستمر التدريب في المرة الواحدة قرابة ٢٠ دقيقة
٤- التدريب علي الترتيب المنزلي (Household Orderliness Training)	يستخدم هذا الأسلوب لخفض سلوك الفوضى والتخريب. في هذه الطريقة يطلب من الطفل أن يعيد الوضع إلي أفضل مما كان عليه قبل قيامه بسلوكه غير المرغوب به. فعلي سبيل المثال ، إذا افسد الطفل ترتيب المقاعد يطلب منه إعادة ترتيبها وتنظيفها جميعاً ويستمر التدريب في المرة الواحدة حوالي ٢٠ دقيقة

٥- التدريب علي الطمأنينة الاجتماعية (Social Reassurance Training)	يستخدم هذا الأسلوب لمعالجة السلوك العدواني أو تهديد الآخرين. وفيه يطلب من الطفل أن يعتذر بشكل متكرر عن سلوكه العدواني وان يواسي الطفل المعتدي عليه. وقد يطلب من الطفل عليه ان يمارس عملية التفاعل مع الطفل المعتدي عليه بطريقة مهذبة، ويستمر التدريب في المرة الواحدة حوالى ٢٠ دقيقة.

الاقتصاد الرمزي

الاقتصاد الرمزي (Token Economy) مصطلح عام يستخدم للإشارة إلي مجموعة من أساليب تعديل السلوك التي تشمل علي توظيف المعززات الرمزية (Token Reinforces) لتحقيق الأهداف العلاجية المنشودة. والمعززات الرمزية هي أشياء مادية يمكن توفيرها مباشرة بعد حدوث السلوك، من اجل استبدالها في وقت لاحق بمعززات مختلفة. ومن الرموز التقليدية المستخدمة في برامج تعديل السلوك الكوبونات، والطوابع، والنجوم، وقصاصات الورق، والقطع البلاستيكية، والأزرار، وغير ذلك.

إن الرموز ليست ذات قيمة بحد ذاتها، في بداية الأمر علي الأقل، ولكنها تكتسب خاصية التعزيز من خلال استبدالها بمعززات أولية أو ثانوية متنوعة، تسمي المعززات الداعمة (Back-up Reinforcers) ومن خلال توفير معززات عدة فإن الرموز تعمل علي تعزيز مجموعات كبيرة جداً من الإفراد، وتحول دون حدوث الإشباع. ومع ان معدل السلوك يستطيع استخدام العديد من المعززات الرمزية، إلا انه يفضل استخدام الرموز التي تتصف بما يلي:-

١-يجب أن يكون الرمز مأمون الجانب، فلا ينطوي إعطاؤه للمتعالج (وبخاصة الأطفال) علي أية مخاطر.

٢-يجب أن تكون الرموز غير ثمينة، بحيث يمكن الحصول عليها بسهولة نسبياً

٣-يجب الامتناع عن استخدام الرموز التي تثير دهشة المتعالج، بحيث لا تدفعه إلي النظر إليها باستمرار، أو قراءة ما كتب عليها، الخ فالرمز وسيلة وليس غاية.

٤-يجب استخدام الرموز التي لا تتلف بسهولة والتي يمكن الاحتفاظ بها لفترة زمنية طويلة نسبياً.

٥-و أخيراً، يجب استخدام الرموز التي يمكن الوصول إليها بسهولة وسرعة من اجل إعطائها للمتعالج بعد حدوث السلوك المرغوب به مباشرة (Cooper، et al ١٩٨٧.).

والمعزز الرمزي نوع خاص من المعززات الشرطية (Conditioned Reinforcers) والمعزز الشرطي، كما اشرنا سابقاً، هو شيء أو حدث أو مثير يفتقر إلي خاصية التعزيز في بداية الأمر، ولكنه يكتسب الصفة التعزيزية بعد اقترانه بمعززات أخري. والرمز يفتقر إلي خاصية التعزيز بطبيعته ولكنه يكتسبها من خلال استبداله بالمعززات الداعمة فقط، فإذا لم يستبدل بها فهو لن يكتسب خاصية التعزيز. وعلي وجه التحديد، تسمي المعززات الرمزية بالمعززات الشرطية المعممة (Generalized Conditioned Reinforcers) ذلك أنها تستبدل بمعززات عديدة ومتنوعة. وهذه الحقيقة هي التي تعطي المعززات الرمزية قوتها وتزيد من فاعليتها (Sulzer-Azaroff & Mayer، ١٩٧٧).

وتسمي برامج التعزيز الرمزي بالاقتصاد الرمزي، كونها تعمل تبعاً لمبدأ العرض والطلب، والمتمثل في توفير قائمة من المعززات يستطيع الفرد اختيار ما يريده منها إذا استطاع جمع الرموز الضرورية، وذلك من خلال تأدية السلوك المرغوب به.

وهكذا يمكننا القول بأن برامج الاقتصاد الرمزي تشمل العناصر الرئيسية التالية:-

١-تحديد السلوك المستهدف وتعريفه إجرائيا.

٢-اختيار المعززات الرمزية التي ستقدم للمتعالج عند قيامه بالسلوك المستهدف.

٣-تحديد المعززات الداعمة التي يمكن استبدالها بالرموز.

تحديد القواعد التي سيتم تطبيقها لتنفيذ البرنامج

التعاقد السلوكي:

التعاقد السلوكي هو احد الوسائل الفعالة التي نستطيع من خلالها استخدام التعزيز بشكل منظم بهدف تسهيل عملية التعلم وزيادة الدافعية. وكان أول من وصف هذا الإجراء بشكل مفصل لويد هومي (Lloyed Homme) في كتابة «كيف تستخدم التعاقد السلوكي في غرفة الصف (Homme، ١٩٧٠).

ونستطيع تعريف العقد السلوكي بأنه اتفاقية مكتوبة توضح العلاقة بين المهمة التي سيؤديها الفرد والمكافأة التي سيحصل عليها نتيجة لذلك. فالعقد السلوكي لا يختلف من حيث المبدأ عن العقود التجارية، التي يتعهد فيها طرف بتقديم خدمات معينة، مقابل مبلغ من المال متفق عليه يدفعه الطرف الآخر. بمعني آخر، فالعقد السلوكي هو اتفاق بين طرفين تحدد طرفين تحدد شروطه عن طريق التفاوض، يتعهد فيه الطرف الأول بتأدية سلوك معين، ويتعهد الطرف الثاني بتعزيز ذلك السلوك حسب الشروط المتفق عليها. وقد يكون الطرفان المعلم والطالب، أو الأب والابن، أو الزوج أو الزوجة، أو المرشد والمسترشد، الخ.

والتعاقد السلوكي ليس طريقة جديدة، بل انه أداة لتعديل السلوك استخدمت ولا تزال في حياتنا اليومية. فقول الأم لابنها «سأخذك إلي مدينة الألعاب إذا عملت جيدا في الامتحان»، هو في الحقيقة مثال علي «عقد سلوكي». وربما نلاحظ ان فكرة التعاقد السلوكي تستند إلي قانون بريماك الذي وصفناه في الفصل السادس. ولكن المشكلة في العقود السلوكية المستخدمة في الحياة اليومية هي أنها سلبية وغير منظمة، وغالباً ما تكون مفروضة علي طرف من قبل طرف آخر. فالشيء التقليدي كما نعلم هو ان: تشتمل العقود السلوكية كما يستخدمها الآباء علي التهديد والوعيد، فهذه العقود غالباً ما تكون علي شكل «حتى تتجنب العقاب، عليك أن تفعل كذا وكذا».

أما التعاقد السلوكي الذي يقدمه هذا الفصل فلعل أهم ما يمتاز به هو كونه ايجابياً. ونقول ذلك لان التعاقد السلوكي، بوصفه إجراء منظماً لتعديل السلوك، يخلو من التهديد والعقاب، فالطفل مثلا يشعر بالسعادة؛ نتيجة لحصوله علي ما يستحقه من مكافآت بعد تأديته السلوكيات المرغوب بها. كذلك فالمعلمون والآباء أيضاً يشعرون بالسعادة؛ لان

الطفل بفعل الأشياء التي يعتقدون أنها مهمة ومفيدة ولهذا فالتعاقد السلوكي طريقة ايجابيا بالنسبة لهم. ولربما كان الأهم من ذلك أن التعاقد السلوكي يساعد الفرد علي تحمل المسؤولية، وذلك من خلال المشاركة في اختيار السلوكيات المستهدفة وتحديد المكافآت المناسبة (Martine & Pear، ١٩٩٨)

يمكنك تعليم وتعديل سلوك الطفل المعاق فكرياً عندما تجزأ له المهام

أو ما يعرف ب (تحليل المهمة)

أن الفرد العادي معظم أنشطة الحياة اليومية دون الحاجة إلي تدريب إضافي من الأب أو الأم من خلال الإكساب و التقليد أو من خلال تدريب بسيط من الوالدين. أما الطفل المعاق فكرياً يحتاج بالطبع إلي تدريب إضافي لإتمام تعلم ما قد يتعلمه الطفل العادي دون الحاجة إلي هذا التدريب الإضافي. كما أنه نظرا لقصور القدرات العقلية لدي الطفل المعاق يحتاج الطفل المعاق ذهنيا إلي توضيح الخطوات الدقيقة المتتالية التي تمت بها المهمة و أكتسبها الطفل العادي مباشرة دون أن يعلمه أحد إياها و تعليمه إياها كل خطوة منفردة و بتدريب مكثف حتى يتمكن من اكتساب كل منها بشكل مناسب فيما يعرف « بتحليل المهمة «، حيث أنه لا يوجد شئ غير قابل للتعلم عند تجزئته إلي خطوات جزئية صغيرة و التدريب بشكل مناسب علي كل خطوة جزئية إلي التمكن من إتمام المهمة، و يمكننا تعريف عملية تحليل المهمة علي أنها تجزئة المهمة الكلية إلي العديد من المهام الجزئية المتسلسلة القابلة للتعلم و الذي يؤدي إتمام تعلمها كلها في النهاية إلي تعلم المهمة الكلية.

مراحل القيام بتحليل المهمة:

تمر عملية تحليل المهمة بالمراحل التالية:

(١) قيام المدرس نفسه بالقيام بالمهمة أو قيامه بمراقبة فرد آخر يقوم بالمهمة لأكثر من مرة بحيث تكون رؤيته للمهمة أكثر وضوحا

(٢) تحديد الخطوات الجزئية المكونة للمهمة.

(٣) تسجيل هذه الخطوات الفرعية بدقة لتكون الخطوات الجزئية للمهمة.

(٤) أداء الطفل للمهمة تحت إشراف المدرس.

(٥) معرفة ما يتمكن الطفل من أداءه من خطوات و ما لا يتمكن الطفل من أداءه.

(٦) الحكم علي مدي مناسبة الخطوات المدونة و مدي تجزئتها و تحديد ما إذا كان يناسب الطفل أو لا.

(٧) إجراء التعديلات المطلوبة علي الخطوات من حيث العدد أو الصياغة لتصيح أكثر ملائمة للطفل.

أمثلة تطبيقية على تحليل الأهداف لبعض المهارات الاستقلالية للمعاقين فكرياً:

مثال (١): مهارة الأكل بالملعقة:

الهدف العام: أن يأكل الطفل بالملعقة بشكل صحيح وحدة عندما يطلب منه ذلك بنسبة نجاح ٩٠٪.

تحليل الهدف:



١- أن يحضر الطفل الملعقة والطبق وحده.

٢- أن يحضر الطفل الفوطة وحده.

٣- أن يجلس الطفل على الكرسي بشكل مناسب.

٤- ا يضع الفوطة على رقبته.

٥- أن يمسك الطفل بالمعلقة بيده اليمنى وحده.

٦- أن يضع الطفل المعلقة فى صحن الطعام وحده.

٧- أن يغرف مقدار من الطعام بالمعلقة بالشكل المناسب وحده.

٨- أن يرفع الملعقة في صحن الطعام للأعلى ويضعها في فمة وحده .

٩- أن يطبق الطفل فمه عند دخول الأكل وحده.

١٠-أن يسحب المعلقة إلى الخارج وحدة.

١١-أن يكرر الطفل الخطوات السابقة حتى يشبع وحده .

مثال (٢) مهارة دهن السندوتش

الهدف العام: أن تدهن الطفلة ساندويتش وحدها عندما يطلب منها ذلك بنسبة نجاح ٩٠٪.



تحليل الهدف

١-أن تحضر الطفلة قطعة خبز ، وجبن وسكين ، وصحن وحدها.

٢-أن تضع الطفلة قطعة الخبز بالصحن.

٣-أن تمسك الطفلة الخبز بيد والسكينة باليد الأخرى وحدها.

٤-أن تفتح الطفلة قطعة الخبز بالسكين من المنتصف وحدها.

٥-أن تضع الطفل قليل من الجبن على السكين وحدها.

٦-أن تبدأ الطفلة بدهن قطعة الخبز بواسطة السكين التي عليها الجبن من الداخل وحدها.

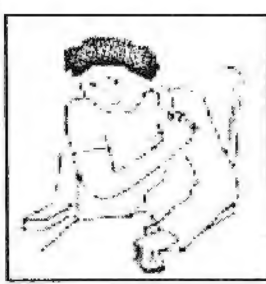
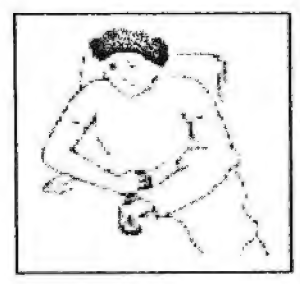
٧-أن تمسك الطفلة طرفي الخبز بعد دهنها وتطبقهما على بعضهما البعض وحدها.

مثال (٣): مهارة لبس الجاكت

الهدف العام:أن يلبس الطفل الجاكت وحده عندما يطلب منه ذلك بنسبة نجاح ٨٠٪.

تحليل الهدف:

١-أن يمسك الطفل الجاكت بيده وحده.

٢- أن يضع الجاكت على كتفيه وحده.

٣-أن يمسك طرف الجاكت بيد واحده وحده.

٤-أن يدخل اليد الأخرى فى كم الجاكت وحده.

٥-أن يدخل اليد المسكة طرف الجاكت في الكم الأخر وحده.

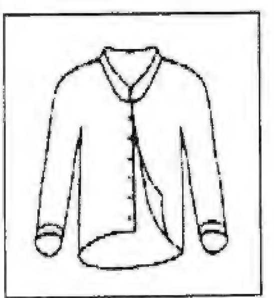
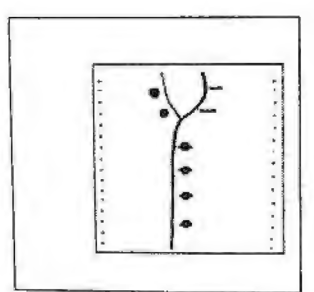
٦-أن يمسك قبه الجاكت بالسبابة والإبهام بيديه الاثنتين وحده.

٧-أن ينزل الكتفين للأسفل بشكل صحيح وحده.

٨-أن يرتب الجاكت بشكل صحيح وحدة.

مثال (٤) مهارة تزرير الأزرار:

الهدف العام: أن يزرر الطفل أزرار حاكيته وحده عندما يطلب منه ذلك بنسبة نجاح ٩٠٪.

تحليل الهدف:

١- أن يمسك الطفل الزر بالإبهام والوسطى والسبابة وحده.

٢- أن يمسك طرف الجاكت من عند العروة باليد الأخرى وحده.

٣- أن يدخل الزر في العروة باليد المسكة بالزر وحده باليد المسكة بالزر وحده.

٤- أن يحرك الطفل سبابة اليد الأخرى إلى داخل العروة وحده.

٥- أن يمسك الطفل الزر عند دخوله العروة بالسبابة والإبهام وحده .

٦- أن يعدل الطفل الزر بعد دخوله وحده.

٧- أن يكرر الطفل الخطوات السابقة على بقية الأزرار وحده.

مثال (٥): مهارة تنظيف الأسنان

الهدف العام: أن ينظف الطفل أسنانه بالفرشاة والمعجون وحده عندما يطلب منه ذلك بنسبة نجاح ٩٠٪.

تحليل الهدف:

١- أن يرفع الطفل أكمامه وحده.

٢- أن يحضر الطفل الفرشاة والمعجون وحده.

٣- أن يضع قليلا من المعجون على الفرشاة وحده.

٤- أن يفتح الطفل الحنفية بقدر مناسب وحده.

٥- أن يضع الفرشاة تحت الماء وحده.

٦- أن يغلق الحنفية وحده.

٧- أن ينظف أسنانه من الأسفل إلى الأعلى وحده.

٨- أن ينظف أسنانه من الأعلى إلى الأسفل وحده.

٩- أن ينظف أسنانه من الجوانب وحده.

١٠-أن يفتح الحنفية بقدر مناسب وحده.

١١-أن يشطف فمه جيداً بالماء وحده.

١٢-أن ينظر لأسنانه بالمرآة وحده.

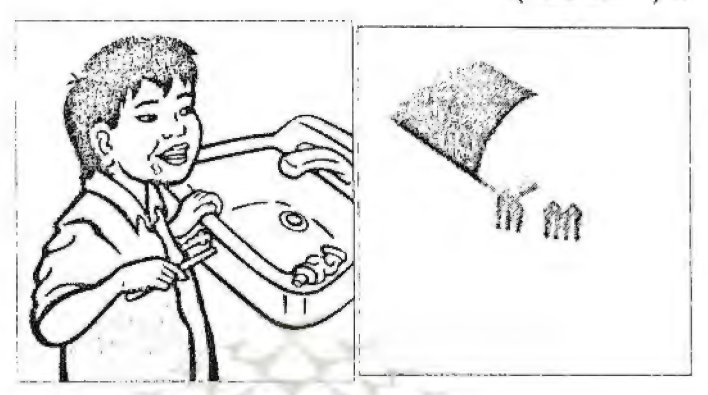
١٣-أن يغسل الفرشاة بالماء وحده.

١٤-أن يغلق المعجون وحده ويضعه مكانه.

١٥-أن يشطف يديه بالماء وحده.

١٦-أن يغلق الحنفية.

مثال (غسيل وجه)



١. أن يحضر الطفل الفوطة الخاصة به.
٢. أن يذهب إلي الحوض و يضع الفوطة علي الشماعة بجوار الحوض.
٣. أن يفتح الحنفية.
٤. أن يضع يديه تحت الماء.
٥. أن يبلل وجهه بالماء.
٦. أن يمسك بالصابون.
٧. أن يرغي الصابون.
٨. أن يضع الصابون علي الحوض.
٩. أن يضع الصابون علي وجهه.
١٠. أن يغسل وجهه بالصابون.
١١. أن يزيل الصابون عن وجهه بالماء.
١٢. أن ينشف وجهه بالفوطة.

محددات القيام بتحليل المهمة:

يتوقف تحديد عدد الخطوات التي تتكون منها المهمة علي عاملين مهمين و هما

(١) درجة تعقد المهمة بحيث تحتوي علي العديد من المهارات التي يجب أن يكمل الطفل تعلمها ليتم تعلم المهمة الكلية. .

(٢) درجة إعاقة الطفل و هي تؤثر كثيرا علي عدد الخطوات المكونة للمهمة فكلما زادت درجة إعاقة الطفل كلما زادت الخطوات المكونة للمهمة ففي حين يمكن للمدرس عند التعامل مع درجات الإعاقة البسيطة إغفال بعض الخطوات علي اعتبار إمكانية اكتساب الطفل لها ضمنا أثناء التدريب لا يمكن للمدرس إغفال مثل هذه العوامل عند التعامل مع طفل ذو درجة إعاقة الأشد.

اعتبارات خاصة بتحليل المهام:

(١) يجب علي المدرس عدم الاقتصاد في عدد الخطوات أثناء القيام بتحليل المهمة، كما أنه لا يجب علي المدرس الإفراط في تحليل المهمة للعديد من الخطوات الجزئية حتى تصل إلي درجة التفتيت المخل الذي قد ينسي الطفل المهمة الأساسية أو الإطار الذي يسير فيه (الهدف النهائي) و من ثم يجب علي المدرس لكي يتمكن من القيام بتحليل مهمة أن يتعرف أولا علي إمكانيات الطفل بحيث يمكنه تقنين الخطوات التي يحتاج إليها الطفل بالفعل.

(٢) يجب أن لا يكون تحليل المهمة لمهمة معينة متطابقا بحيث نجده صورة واحدة لكل الأطفال ولكن يجب علي المدرس اختيار ما يناسب لكل طفل. .

(٣) يجب أن تتمتع خطوات المهمة بالتسلسل و التتابع الدقيق في خطواتها بحيث يكون ترتيب خطواتها دقيقا متناسقا و واقعيا و ليس من خيال المدرس يجب علي المدرس مراعاة القدرات الوظيفية للطفل بالنسبة للمهارات الفرعية المستخدمة لأداء المهمة.

(٤) يتم في كثير من الأحيان تدريس المهارات عكس الاتجاه الطبيعي الذي قد يتبادر إلي ذهن المدرس التدريس به. فيتم تدريس مهارات مثل مهارات الفك بالنسبة للمهارات المهنية مثلا أو مهارات خلع الملابس فيما يتعلق بمجال رعاية الذات قبل

تدريس مهارات الربط أو اللبس عندما يشعر المدرس أن تدريس هذه المهارات يسهل تدريسها للطفل في البداية قبل تدريس مهارات الربط أولا أو مهارات خلع الملابس مثلا.

خطوات تدريس المهام بعد تحليلها:

١. بعد تحليل المهمة إلي خطوات جزئية يقوم المدرس بإجراء عملية تقييم أولية شاملة لكافة خطوات المهمة للوقوف علي ما يعرفه الطفل و ما لا يعرفه فيبدأ المدرس بتوجه الأوامر للطفل بأداء المهام الجزئية التي حددها مسبقا يقيم المدرس أداء الطفل للمهام الجزئية بحيث يتعرف علي الخطوات الجزئية التي يؤديها الطفل من المهمة و الخطوات الجزئية التي لا يتمكن الطفل من أداءها.

٢. يبدأ المدرس في تدريب الطفل علي الخطوات الجزئية التي لا يتمكن الطفل من أداءها (مع تقديم المساعدة المناسبة طبقا لمستويات المساعدة.

٣. بعد انتهاء الطفل من التمكن من أداء هذه الخطوة الجزئية ينتقل المدرس إلي تدريب الطفل علي الخطوة التي تليها من الخطوات التي لا يعرفها الطفل.

٤. بانتهاء التدريب علي الخطوات الجزئية بأكملها يجري المدرس تقييما نهائيا علي المهمة بأكملها بجعل الطفل يؤدي المهمة كاملة و التأكد من تمكنه من أداء كل أجزائها بشكل مناسب.

نموذج احدي الاستراتيجيات الحديثة فى مجال تعديل السلوك للمعاقين فكرياً

جدول النشاط المصورة: Pictorial Activity schedules

تعتبر جداول النشاط المصورة من أحدث الاستراتيجيات التي تستخدم في سبيل تربية وتأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة، وقد تم استخدام تلك الإستراتيجية في الأساس مع الأطفال التوحديين، إلا انه تم استخدامها حديثا مع المعاقين عقليا، وذلك كبديل حديث وذلك لوجود العديد من أوجه التشابه بين أعضاء الفئتين (التوحد، التخلف العقلي) وذلك في سبيل إكسابهم السلوك الاستقلالي وكذلك إكسابهم بعض السلوكيات المرغوبة والحد من السلوكيات الغير مرغوبة اجتماعيا لذلك تعتبر جداول النشاط المصورة من أحدث الاستراتيجيات التي تستخدم في تعديل سلوك المعاقين عقليا.

١- **تعريف جدول النشاط المصورة:**

يعرف ماك دوف وآخرون Mac Duff، et. al . . ، ، جداول النشاط المصورة على أنها» مجموعة من الألبومات التي تحتوى على صور للأنشطة المدرسية التي يستطيع الطفل من خلالها تعلم المهام والمهارات الاستقلالية والاجتماعية في ضوء إجراءات منظمة»

(Mac Duff، et. al. ، . 1993، p90)

و تعرف ماك كلانهان وكرانتز Mc Clannahan & Krantz جداول النشاط" بأنها مجموعة من الصور أو الكلمات التي تعمل علي انغماس الطفل في سلسلة من الأنشطة بهدف التمكن من أداء المهام والأنشطة ومن ثم الحصول علي المعززات، بدون الاعتماد علي التوجيه من الوالدين أو المعلمين، وقد يكون الجدول مفصلا، فيقسم المهمة إلي أجزاء مستقلة، وقد يكون بسيطا حيث يشمل علي صورة أو رمز لأداء المهمة كاملة»

(Mc Clannahan & Krantz، 1999، p 3)

ويعرف عادل عبد الله (٢٠٠٢- أ) جداول النشاط المصورة «بأنها تعد بمثابة مجموعة من الصور التي تعطي الإشارة للطفل بالانغماس في أنشطة متتابعة، أو تتابع معين للأنشطة، وعادة ما يكون بمثابة غلاف ثلاثي الحلقات Athree- ring- binder يتألف من عدد من الصفحات التي تتضمن صورا تعمل علي تحفيز الأطفال للقيام بواحد وأكثر مما يلي (أداء المهام المتضمنة، والانغماس في الأنشطة المستهدفة، والتمتع بالمكافآت المخصصة). وإذا كان جدول النشاط يعتمد علي الصور فقط دون الكلمات فإنه يعرف بجدول النشاط المصورPhotographic or pictorial activity schedule، وأما إذا كان الجدول يعتمد علي الكلمات فقط دون الصور فإن جداول النشاط يعرف بجداول النشاط المكتوب written activity schedule، وهناك نوع آخر من الجداول يتم تقديمه للأطفال عند تعليمهم الانتقال من نوع إلي آخر من هذه الجداول حيث يجمع بين الصورة والكلمة حيث يستخدم كمرحلة وسيطة لتدريب الطفل الانتقال من استخدام الجداول المصورة إلي الجداول المكتوبة عند إلمامهم بالقراءة والكتابة (عادل عبد الله ٢٠٠٢- أ، ص٧٥).

كما يعرفه ماك دوف وآخرون Mac Duff، et. al. ، «مجموعة من الكلمات والصور والرموز التي تتيح للطفل الدخول في أنشطة منظمة وهذه الصور توجد في البومات أو كروت مما يتيح للطفل التنقل من نشاط لآخر من خلال الصور بحيث يستطيع أداء النشاط بعد ذلك بصورة مستقلة».

(Mac Duff، et. al.، 2002، p220))

كما تعرفه لورى شور Scheur، L. B. انه «مجموعة من الأنشطة داخل كتيب يحتوى على عدد من الصور التي تمثل مهام يقوم بأدائها الطفل بحيث ينغمس الطفل في أداء الأنشطة المتنوعة دون الاستعانة بالمعلم طبقا للأهداف الموضوعة بحيث تكون بداية ونهاية كل نشاط معروفة وتوضع هذه الصور في أطار ثلاثي الحلقات وكل غلاف يحتوي على صورة واحدة محاطة بغلاف بلاستيك لحمايتها وفى نهاية النشاط يحصل الطفل على التعزيز، وبذلك يؤدى الطفل النشاط وحده دون توجيه من الآخرين» . (Scheur، L. B، 2002، p16)

كما تعرف ماريا ليفيدوت Levidioti، M. «جداول النشاط المصورة بأنها « مجموعة من الصور تجعل الطفل المعاق عقليا ينغمس داخل نشاط متسلسل يعتمد على نفسه بحيث يكون جدول النشاط واضح للطفل بكل صفحة نشاط واحد منفصل يحتوى على صورة واحدة بحيث تنتهي المهمة بأداء النشاط كاملا والحصول على التعزيز » . (Levidioti، M.، 2004، p29)

تعقيب:

ومما سبق نلاحظ أن غالبية التعريفات التي تناولت جداول النشاط المصورة ركزت على الإجراءات التي تتم من خلال تلك الإستراتيجية، كما يتمثل الهدف الأساسي من استخدام مثل هذه الجداول في تعليم الأطفال المعاقين عقليا السلوك الاستقلالي وهو الأمر الذي يسهم بشكل مباشرة في انغماسهم في التفاعلات الاجتماعية المختلفة، ومن ثم يساعدهم علي الاندماج مع الآخرين في المجتمع، والتفاعل مع الأقران وأعضاء الأسرة، حيث تسهم تلك الجداول إلي حد كبير في التصدي للعديد من المشكلات التي يتعرض لها الأطفال المعاقين عقليا وأسرهم.

• وتتضح أهمية جداول النشاط المصورة للطفل المعاق فكرياً فيما يلي:

١-توفر جداول النشاط المصورة فرص النجاح في أداء الأنشطة والمهام وبذلك تقل فرص الشعور بالفشل وتنمي اتجاهاته الايجابية نحو النشاط والعمل.

٢-ينمي استخدام جداول النشاط المصورة السلوك التكيفي الأطفال المعاقين فكرياً مما يدفع بهم إلى الاستقلالية والكفاءة في التفاعل مع الآخرين والاعتماد على النفس

٣-أن استخدام جداول النشاط المصورة تجعل الطفل يمارس النشاط وفقا لخطوات متسلسلة وترتيب معين معتمدا على نفسه مما يتيح الفرصة لتنمية سلوك تنظيم الذات لديه.

٤-أن استخدام جداول النشاط المصورة يزيد من مسئولية الطفل المعاق فكرياً على إدارة سلوكه الخاص مما يزيد من قدرته على تنظيم الذات.

٥-ينعكس استخدام الطفل لجداول النشاط المصورة علي مهاراته المدرسية داخل الفصل فتجعله قادرا علي أدائها باستقلالية وكفاءة كما تنمي قدرته علي مواجهة وحل المشكلات الاجتماعية التي تواجهه في المدرسة (العربي زيد، ٢٠٠٣، ص ٨٠).

٣- يمكن استخدام البوربوينت Microsoft PowerPoint لعرض جداول النشاط

بدأت هذه التجارب في مدارس الدول المتقدمة لتحسين تعلم التلاميذ باستخدام التقنيات الحديثة، وقد شرعت بعض الدول في استخدام الحاسوب في التعليم حيث أظهرت الدراسات أن فرنسا أدخلت الحاسوب على التعليم سنة ١٩٧٠م، وبريطانيا سنة ١٩٨٠م، أما في نيوزيلندا فكان دخول الحاسوب في بداية السبعينات، وفي أمريكا بدأ استخدامه في التربية في العقد الخامس من القرن العشرين، وبالنسبة للدول العربية فقد تم إدخال الحاسوب في عملية التعليم إلى دولة الكويت سنة ١٩٨٨م، وفي الإمارات سنة ١٩٨٩م، وفي مملكة البحرين سنة ١٩٨٣م وفي الأردن أدخل سنة ١٩٨٤م، أما في مجال التربية الخاصة بدأ الاهتمام في السنوات الأخيرة ينصب على استخدام الحاسوب في التربية الخاصة، وساعدت التطورات في المجالات الاجتماعية والتربوية والصحية والقانونية والتكنولوجيا في زيادة الاهتمام بتقديم أفضل البرامج لهؤلاء الأفراد. (إبراهيم يوسف القريوتي، ٢٠٠٢، ص ٤٢)

٤- أهداف استخدام الطفل لجداول النشاط المصورة:

يتحدد الهدف من استخدام جداول النشاط المصورة فيما يلي:

- **تعليم الاستقلالية** Independence

تعمل جداول النشاط المصورة على تعليم الطفل السلوك الاستقلالي وتدريبه علي القيام بالنشاط المطلوب من تلقاء نفسه ودون الحصول علي أي مساعدة من أحد الراشدين، وقد أكدت ذلك نتائج العديد من الدراسات كدراسة ماك دوف وآخرون Mac 1993 duff،et.al.، والتي أوضحت أن استخدام التوجيه المتدرج والمتناقص من خلال تدريب الأطفال على استخدام جداول النشاط المصورة في أداء الأنشطة والمهام يزودهم بالاستقلالية في أداء تلك المهام، حيث يترك الطفل ليفتح الجدول، وينظر للصورة، ويأتي بالأدوات وينفذ النشاط، ثم يعيد الأدوات مرة أخرى إلى مكانها الأصلي ويقل توجيه المعلم له حتى يتلاشى (Mac duff،et.al.، 1993، Pp89-97).

- **تعليم الاختيار** Choice

تعليم الطفل علي مجال أوسع للاختيار وذلك بين تلك الأنشطة التي يرغب أن يقوم بها، أو الأطفال الذين يفضل أن يشترك معهم أو يشاركونه في نشاط معين، أو المكافآت التي يمكن أن يحصل عليها من جراء أدائه الصحيح) العربي محمد على، ٢٠٠٣، ص٨٢)

كما أوضحت دراسة عادل عبدالله ومنى خليفة (٢٠٠١،ص٢٨-٣٦) انه كان يسمح للطفل من خلال تطبيق البرنامج بفتح الجدول واختيار الصورة التي تمثل النشاط الذي يرغب القيام به وإحضار الأدوات، والقيام بالنشاط، ثم رد الأدوات إلى مكانها مما أدى إلى رفع قدرات الأطفال على الاختيار وتعميم ذلك في مواقف أخرى.

- **تعليم التفاعل الاجتماعي** Social Interaction

تعليم الطفل التفاعل الاجتماعي وتدريبه علي ذلك، وهو ما يمكن أن يسهم بدرجة كبيرة في اندماج الطفل مع الآخرين، وإن استخدام جداول النشاط المصورة ينمي قدرة الطفل علي إقامة علاقات اجتماعية كما ينمي قدرته علي التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وهو ما يساعد علي تنمية المهارات الاجتماعية المختلفة، ويجعله قادرا علي مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة. ويأتي في مقدمة المهارات الاجتماعية مهارة التفاعل الاجتماعي

كأحد المهارات الاجتماعية المعقدة، وما يتضمنه هذا التفاعل من مكونات وعوامل، وهذه المكونات هي:

أ) الإقبال الاجتماعي: ويعني إقبال الطفل علي الآخرين، وتحركه نحوهم والتعاون معهم، والاتصال بهم، والتواجد وسطهم.

ب) الاهتمام الاجتماعي: ويعني الانشغال بالآخرين، والسرور لوجودهم معه، والعمل جاهدا على جذب انتباههم واهتمامهم نحوه.

جـ) التواصل الاجتماعي: ويعني القدرة علي إقامة علاقات اجتماعية جيدة، وصدقات مع الآخرين والحفاظ عليها، والاتصال الدائم بهم، ومراعاة الذوق الاجتماعي العام في التعامل معهم (عادل عبد الله، ٢٠٠٢- ب، ٢٨٥).

وهذا ما أوضحته دراسة هانت الويل Hunt & Alwell على أن استخدام الكتب المصورة وإجراءات جداول النشاط والمثيرات المصورة تمكن الأطفال المعاقين عقلياً من إتقان مهارات المحادثة والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين حيث تمكنهم من تعلم نمطين من أنماط المحادثة.

أ)- المبادأة بالمحادثة: وتتضمن بدء الحوار والتحية، والتواصل مع الآخرين في المواقف التي تتطلب التفاعل والمشاركة.

ب)- تبادل المحادثة: وهي القدرة على الرد على الأسئلة وإبداء تعليقات والقدرة على إدراك العلاقات بين الكلمات ومدى ملائمة الاستجابة للموقف الاجتماعي. (Hunt&Alwell، 1991، p311-312).

٥- المهارات اللازمة لإعداد الطفل لاستخدام جدول النشاط المصورة:

قبل أن يتعلم الأطفال المعاقين فكرياً جداول النشاط المصورة يجب أن يتعلموا بعض المهارات التي تعد ضرورية حتى يتمكنوا من تعلم تلك الجداول وهذه المهارات كما يراها (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ١٠٩).

١-تمييز صورة لموضوع أو شيء معين عن الخلفية.

٢-التعرف علي الأشياء المتشابهة وتمييزها.

٣-إدراك التطابق بين الصورة والموضوع أو الشيء.

وتعد هذه المهارات ضرورية لتعلم الطفل سلوك تنظيم الذات من خلال اكتسابه السلوك الاستقلالي، والاختيار، والتفاعل الاجتماعي، أو تعليمة للسلوكيات الايجابية أو الحد من السلوكيات السلبية، وبأتباع الطفل التعليمات وتعلمه مهارات جداول النشاط المصورة، وإتقانه هذه المهارات .

ويمكن توضيح هذه المهارات كالآتي:

أ) التعرف علي الصورة وتمييزها عن الخلفية: picture versus background

يمثل التعرف علي الصورة وتمييزها عن الخلفية أولي المهارات اللازمة لتعليم الطفل المتخلف عقليا إتباع جداول النشاط. فعلي الطفل المتخلف عقليا أن يشير إلي الصورة بإصبعه، أو أن يضع يده أو إصبعه عليها، وذلك بالنسبة لكل صورة يتم تقديما إليه. لذلك يجب أن تكون خلفية الصورة سادة حتى يلتفتوا إلي الصورة وليس إلي الخلفية.

ولتدريب الأطفال علي هذه المهارات يتم تصميم جدول نشاط يتكون من عشرة صفحات أو أكثر توضع معا في غلاف ثلاثي الحلقات أو في ملف علي شكل ألبوم أو تعبر عن أشياء مألوفة للطفل مثل الأدوات المنزلية – الطيور – الخضروات – الفاكهة – الألعاب علي أن يتغير موقع الصورة من صفحة إلي أخرى، ويطلب من الطفل التعرف علي الصورة بالإشارة إليها، وليس إلي الخلفية، كما يذكر اسمها ويؤدي الطفل ثلاث محاولات علي ذلك في أوقات متفرقة، علي أن يجرى المحاولة الأولى والثانية معا والثالثة بعد مرور بعض الوقت (من يوم إلي أسبوعين) و تسجل استجابات الطفل علي استمارة جمع بيانات خاصة بهذا الجدول، ولكي نقرر أن الطفل قد أتقن هذه المهارات يجب أن تصل استجاباته الصحيحة إلي ٨٠٪ علي الأقل من مجموع الاستجابات في كل محاولة (العربي زيد، ٢٠٠٣،ص ٨٤).

اسم القائم بالملاحظة : ....

اسم الطفل : ....

التاريخ : ....

الصفحة	المهمة	المحاولات		
	التعرف على الصورة و تمييزها عن الخلفية	الأولى	الثانية	الثالثة
الأولى				
الثانية				
الثالثة				
الرابعة				
الخامسة				
السادسة				
السابعة				
الثامنة				
التاسعة				
العاشرة				
عدد الاستجابات الصحيحة				

استمارة بيانات خاصة بمهارة التعرف على الصورة و تمييزها عن الخلفية

ب) تمييز الأشياء المتشابهة والتعرف عليها: Recognizing and distinguishing using similar things

تمثل هذه المهارة ثاني المهارات اللازمة لتعلم جداول النشاط ، وتتطلب من الطفل القيام بالمجانسة بين صورة الشيء وبين الشيء في حد ذاته والتعرف عليه وتمييزه ، بحيث يدرك أن صورة هذا الشيء أو اللعبة تمثل المادة الخام لتلك اللعبة أو قوامها. وتعد هذه المهارة ضرورية بالنسبة للطفل حتى يتمكن من إدراك التطابق بين الصورة وذلك الشيء أو اللعبة والتي تمثل المهارة الثالثة الأساسية من تلك المهارات اللازمة لتعلم جدول النشاط (عادل عبد الله ، ٢٠٠٢ ، ص ١٢١).

وتتطلب هذه المهارة من الطفل التمييز بين مجسمات الأشياء والألعاب المتشابهة، والتعرف عليها عندما تعرض أمامه، ولتدريب الطفل علي تلك المهارة، يتم تصميم جدول نشاط مكون من خمس صفحات في كل صفحة خمس صور لخمسة أشياء مألوفة للطفل، كما نحتاج إلي مجسمات لهذه الأشياء بواقع مجسمين لكل صورة أو لعبة، حيث يقوم الباحث بعرض صفحات الجدول علي الطفل دفعة واحدة ثم يعرض أمام الطفل خمسة مجسمات، ويخفي خمسة أخري لنفس ألأشياء في ملابسه أو في حقيبة يحملها المعلم أو الباحث، ويقوم بإظهار مجسم منها، ويطلب من الطفل التعرف علي المجسم الآخر الذي يشبهه من علي المنضدة التي أمامه، وعليه أن يمسكه بيده أيضا، وهكذا في كل المجسمات التي تكون صور صفحة الجدول، وينبغي أن تكون استجابات الطفل الصحيحة لا تقل عن ٨٠٪ من إجمالي ثلاث محاولات يقوم بها الطفل علي كل صفحة من صفحات الجدول، حتى يقال أنه قد أكتسب هذه المهارة (العربي زيد، ٢٠٠٣، ص٨٤).

مثال لصفحة من جدول النشاط الذي يمثل هذه المهارة

الصفحة	المهمة	المحاولات		
	تمييز الأشياء المتشابه	الأولى	الثانية	الثالثة
الأولى				
الثانية				
الثالثة				
الرابعة				
الخامسة				
السادسة				
السابعة				
الثامنة				
التاسعة				
العاشرة				
مجموع الاستجابات الصحيحة				

استمارة بيانات خاصة بتمييز الأشياء المتشابه و التعرف عليها

ج) التطابق بين الصورة والموضوع أو الشئ

Picture-object correspondence:

تمثل هذه المهارة ثالث المهارات اللازمة لتعليم الطفل إتباع جداول النشاط المصورة، وتعتمد هذه المهارة علي المهارة السابقة والتي استطاع الطفل من خلالها أن يميز الأشياء المتشابهة ويتعرف عليها. وتعد هذه المهارة ذات أهمية خاصة في سبيل قيام الطفل باستخدام جدول النشاط حيث إن الطفل إذا لم يكن بإمكانه أن يدرك التطابق بين الصورة والموضوع أو الشيء فإنه لن يستطيع أن يحدد ذلك الشيء الذي تمثله الصورة وبالتالي سيكون من الصعب عليه القيام بالنشاط المستهدف (عادل عبد الله:٢٠٠٢، ١٢٨).

ويتم في سبيل تعليم الأطفال هذه المهارة إتباع نفس الجدول الخاص بالمهارة الأولي، ويتم وضع قطعة واحدة فقط أمام الطفل ثم نقوم بوضع خمس قطع أخرى أمامه في جانب آخر علي أن يكون من بينهما نسخة أخرى من القطعة التي وضعناها أمامه من قبل. ونطلب منه أن يتعرف علي أي القطع الخمس هي التي تطابق تلك القطعة التي تم تقديمها له من قبل علي ألا تقل نسبة استجاباته الصحيحة علي هذا الجدول عن ٨٠٪، وتوجد استمارة خاصة يتم استخدامها لهذا الغرض (عادل عبد الله، ٢٠٠٢، ص٥٢٦).

وتكون استجابة الطفل صحيحة إذا قام بها في زمن لا يتعدى خمس ثوان، ويمكن اعتبار الطفل متمكنا من هذه المهارة إذا قام بثلاث استجابات صحيحة من أصل خمسة استجابات في كل محاولة علي كل صفحة من الصفحات الخمس التي بالجدول.

ويتبع الباحث إجراءات مثل النمذجة، والتوجيه المتناقص والمتدرج، والتعزيز، والتغذية الراجعة أحيانا حيث قد يقوم الباحث بالمهارة كنموذج أو يساعد الطفل بالتوجيه المتدرج اللفظي واليدوي، لكي يتمكن من أداء المهارة، كما يعزز الاستجابة الصحيحة للطفل بالمعززات المفضلة لديه.

اسم القائم بالملاحظة : ....

اسم الطفل : ....

التاريخ : ....

الصفحة	المهمة	المحاولات		
	التطابق بين الصورة و الموضوع	الأولى	الثانية	الثالثة
الأولى				
الثانية				
الثالثة				
الرابعة				
الخامسة				
عدد الاستجابات الصحيحة				

استمارة بيانات خاصة بمهارة التطابق بين الصورة و الموضوع

٦- اختيار الأنشطة:

إن الأطفال يتعلمون مهارات إتباع جدول النشاط بسرعة إذا كانت تلك الأنشطة التي يتضمنها أول جدول للنشاط نقدمه إليهم مألوفة لهم أو كانوا يجيدونها بالفعل، وهو الأمر الذي يحتاج إلي ملاحظة دقيقة لسلوكياتهم والتعرف عليها بدقة، بحيث يكون هذا الجدول مختصرا ولا يتضمن أكثر من خمسة أو ستة أنشطة فقط ، ويجب أن نقوم باختيار الأنشطة التي تتناسب مع عمر الطفل حتى تجذب انتباهه وتثير اهتمامه، إلي جانب أنه عندما يقوم بأدائها من تلقاء نفسه دون أي مساعدة من جانبنا فإنه يبدو ماهرا حيث يكون بمقدوره أن يقوم بها بكفاءة، ومن ناحية أخرى يجب أن نقوم باختيار الأنشطة التي تتطلب منه أن يسير بتفكيره في اتجاه واحد فقط كذلك يجب أن نقوم باختيار الأنشطة التي يكون لها نهايات واضحة حتى يستطيع الطفل أن يعلم متي تنتهي كل مهمة فيها، و متي يمكنه أن يقول أنه قد أدي هذه المهمة أو تلك. كذلك عند اختيار الأنشطة التي سيتضمنها جدول النشاط يمكننا أن نعتمد علي اللعب بالمنزل أو المدرسة. كما يمكن أن نقوم بتصميم أدوات خاصة بالمنهج ترتبط بالأسرة أو تعكس مهارات الطفل واهتماماته (أحمد شبيب، ٢٠٠٧، ص٥٩).

٧- إعداد الصور واختيارها:

تمثل الخطوة التالية لإعداد جدول النشاط وتجهيزه حتى يتسنى تقديمه للطفل وتدريبه علي استخدامه في إعداد الصور Preparing Pictures التي سوف يتضمنها الجدول، والتي سوف تمثل تلك الأنشطة المطلوب تدريبه علي أدائها بشكل جيد، وهناك عدة أساليب يمكن إتباعها في سبيل الحصول علي تلك الصور وذلك بعد اختيار الأنشطة المتضمنة ومن هذه الأساليب ما يلي:

١- الملصقات Stickers.

٢- صور من كتاب أو مجلة أو جريدة وغيرها.

٣- الصور الفوتوغرافية.

٤- صور يرسمها أحد الرسامين.

وتمثل الملصقات أول هذه الأساليب وأسهلها في التثبيت حيث نجد أنها ذاتية اللصق، وكذلك الصور التي يتم الحصول عليها من الكتاب أو المجلة، ويتم استخدام غلاف من البلاستك لحماية كل صفحة من صفحات جدول النشاط مما يحميها من قيام الطفل بإتلافها وبالتالي يطيل عمر جدول النشاط، أما الصور الفوتوغرافية تكون في الغالب صورا للطفل في مواقف مختلفة ومع أفراد آخرين وهنا يتم استخدام ألبوم (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ١٦٨).

• إلا أن هناك عدة شروط يجب أن تتوفر في الصور التي نختارها لتمثيل الأنشطة المختلفة بجدول النشاط وهي:

١- أن توضح الصورة المستخدمة بشكل جلي تلك الأدوات المستهدفة، أو ذلك النشاط المستهدف علي الأقل بمعني أن تكون الأدوات المطلوبة لأداء المهمة كلها واضحة وليس هناك أدوات غير مطلوبة لأداء تلك المهمة.

٢- يجب ألا تتضمن الصورة أي أشياء أو أحداث قد تسبب للطفل المتخلف عقليا نوعا من الارتباك أو تعمل علي تشتيت انتباهه.

٣-يجب عند تصوير الأدوات المتضمنة أو النشاط المستهدف أن تكون الصورة ذات خلفية سادة وأن تكون جميع الصور ذات خلفية واحدة أي تكون خلفيتها بنفس اللون.

٤-يجب أن تملأ الأدوات المستهدفة إطار الصور ككل حتى لا تعطي مجالا لتشتيت الانتباه، أما إذا لم تملأ الأدوات إطار الصورة كله فينبغي أن تقوم الخلفية بمهمة عدم تشتيت الانتباه.

٥-يجب أن يتم تجاهل تلك الصور التي تعرض أدوات أكثر أو أقل من غيرها أو التي تكون خارج نطاق الاهتمام (عادل عبد الله، ٢٠٠٢، ص ١٧٠- ١٧١).

٨- تدريب الأطفال علي استخدام جداول النشاط المصورة:

أن تدريب الطفل على استخدام جداول النشاط الأساسية، وأداء ما بها من أنشطة ومهام يسير وفق خطوات محددة تركز هذه الخطوات على مكونات النشاط أو المهمة التي يقوم بها الطفل وهذه المكونات هي:

- فتح جدول النشاط، والقيام بقلب الصفحة.
- الإشارة إلي الصورة المستهدفة.
- الإمساك بالأدوات التي يتطلبها أداء النشاط الذي تعكسه الصورة.
- إكمال النشاط والانتهاء منه.
- إعادة الأدوات إلي مكانها الأصلي الذي أخذت منه من قبل.

.(Mc Clannhan & Krantz، 1999، P3)

وبذلك يتعلم الطفل الإمساك بجدول النشاط، وفتح الصفحة الأولي، والنظر إليها، والإشارة للصورة، والتعرف عليها، ويحضر الأدوات التي تتضمنها ويكرر أسمائها، ثم يؤدي المهمة أو النشاط المتضمن في الصورة، ثم يعيد الأدوات مرة أخرى إلي مكانها الأصلي. (العربى زيد، ٢٠٠٣، ص٨٦).

إن جداول النشاط تتبع الاتجاه الإنمائي حيث يعتمد تصميم جداول النشاط في هذا الإطار علي ملاحظة سلوكيات الطفل بكل دقة، والتعرف علي تلك الأنشطة والمهام التي

يجيد أدائها، وذلك حتى يتم تضمينها في الجدول، كما يعتمد على إثارة الطفل للاستجابة، ويتضمن العديد من الأنشطة المتنوعة من واقع الحياة اليومية، ويهتم بجانب ذلك بتنظيم وترتيب البيئة المنزلية أو بيئة الفصل، إلي جانب ذلك يستعين المعلم ضمن إجراءات تلك الإستراتيجية ببعض الأساليب التي تنتمي للاتجاه السلوكي حيث يستخدم منها ما يلي:

- الإشارات التي تهدف إلي تذكرة الطفل بما ينبغي عليه أن يفعل.
- التوجيه اليدوي المتدرج.
- استخدام النمذجة حيث يقوم الأب أو المعلم بنمذجة السلوك المستهدف للطفل، ويحثه علي القيام به وأدائه بشكل مقبول.
- الإثابة أو المكافأة، وهي ما تعد بمثابة أثر طيب يترتب علي الاستجابة الصحيحة التي يأتي بها الطفل، وهو ما يعمل في الوقت ذاته علي تعزيز سلوك الطفل الإيجابي، وتدعيمه (عادل عبد الله، ٢٠٠٢ - أ، ص ٢٠١).

٩- إجراءات تدريب الأطفال علي استخدام جداول النشاط المصورة:

لكي تحقق جداول النشاط المصورة الهدف منها، يجب إتباع مجموعة من الإجراءات التي يسير لها وفقا لها المعلم أو الباحث أو الطفل حيث يتم إعداد هؤلاء الأطفال لاستخدام هذه الجداول وصولا إلي القيام بالنشاط المرغوب، و يمكن أن نحدد تلك الإجراءات علي النحو التالي:

أولا: إعداد وتجهيز الأدوات اللازمة للتدريب والتعليم:

حيث يقوم المعلم أو الباحث قبل بدأ جلسات تدريب الأطفال استخدام جداول النشاط الآتي:

١- إحضار جدول النشاط.
٢- إحضار الأدوات المستهدفة.
٣- ترتيب تلك ألأدوات.
٤- إعداد وإحضار المكافآت التي سيتم إعطائها للطفل عندما يأتي باستجابة صحيحة.
٥- استخدام مدعمات بديلة ووضعها بالقرب من الطفل.

ثانيا: إعطاء توجيهات لفظية مبدئية:

بعد أن يجهز المعلم الأدوات، ويرتب البيئة التربوية، ويحضر جدول النشاط، يعطي الطفل توجيه لفظيا مبدئيا واحدا بسيطا كان يعطي له إشارة البدء لتنفيذ المهمة التي في الصورة الأولي بجدول النشاط، كأن يقول المعلم أو الباحث للطفل حان الوقت كي نبدأ في تلك المهام، ويشترط في هذا التوجيه المبدئي أن يكون عاما، وأن يعطي مرة واحدة فقط في البداية، أما الصور الخاصة بالتفاعلات الاجتماعية فقد يعطى أكثر من توجيه حتى يتدرب الطفل على التفاعلات المختلفة (عادل عبد الله، ٢٠٠٢ - أ، ص ص ٢١٣- ٢١٤)

ثالثا: التوجيه اليدوي المتدرج:

يشير إلى التوجيه أو الحث إلى الإجراءات التي تستخدم فيها مساعدة أضافية قبل وقوع الاستجابة المرغوبة وذلك بقصد زيادة احتمال حدوث الاستجابة.

١- يتم استخدام التوجيه اليدوي بشكل كلي.

٢- في حالة المهمة التي يألفها الطفل يتم إعطائه الكم اللازم من التوجيه اليدوي فقط حتى لا يقع في الأخطاء.

٣- يستخدم التوجيه اليدوي لإتاحة الفرصة للطفل في سبيل إجادة تلك المكونات التي يتضمنها جدول النشاط.

ويستخدم التوجيه اليدوي عندما يتعثر الطفل في استخدام جداول النشاط، وتنفيذ ما بها من مهام. وعندما يريد الباحث أن يعلم الطفل استخدام جداول النشاط فإنه يستخدم الأشكال المختلفة من الحث والتوجيه، ويستخدم الباحث التوجيه اليدوي المتدرج، وذلك لمساعدة الطفل علي استخدام جداول النشاط وفق خطوات ومراحل محددة، ينتقل من واحدة إلي أخرى، حتي يتلاشى التوجيه تماما ويعتمد الطفل علي نفسه، وهذه الخطوات أو المراحل هي:

١- التوجيه اليدوي الكامل أو الكلي.

٢- التغيير التدريجي لموضع الإمساك باليد للتوجيه.

٣- تعقب حركة الطفل دون لمسه باليد.

٤- التقليل من التقارب الجسدي (العربي زيد، ٢٠٠٣، ص٨٩-٩٠).

رابعا: مكافأة الطفل علي أدائه الصحيح:

ويجب أن يكافأ الطفل عندما يأتي بالاستجابة الصحيحة كتشجيع له بأن يأتي بمثل هذه الاستجابة في المهام الأخرى المقدمة له، ويمكن إعطائه في سبيل ذلك إما مدعمات أولية أو مدعمات بديلة يتم استبدالها بمدعم أولي:

- ويأخذ التعزيز صور عديدة ومتنوعة إلا أنها يجب أن تحتوي علي الأتي:
- تتضمن المدعمات الأولية مأكولات يفضلها الطفل أو لعب مفضلة من جانبه أو أي نشاط لعبي يفضله.
- تتضمن المدعمات البديلة فيشات أو نجوم أو قطع نقود معدنية وتعد قطع النقود المعدنية هي الأفضل إذ يمكن أن تجد لها العديد من الاستخدامات التي يمكن تدريب الطفل عليها.
- أن يتم تسليم المكافآت للطفل سواء كانت مدعمات أوليه أو بديلة أمام الجميع حتي يعمل ذلك كمثير لهم علي الأداء الجيد (احمد شبيب، ٢٠٠٧، ص٦٣).

يتم تدعيم السلوك الايجابي فقط Positive behavior Support ولا يوقع القائم بالتدريب عند هذه المرحلة أي إجراء عقابي علي الطفل بسحب الفيشات أو الماركات التي سبق وأخذها الطفل ولكي يكتفي بتوقيف التعزيز عند الأداء الخاطئ حتي يتوقف.

خامسا: التغيير التدريجي للإشارات الدالة علي التذكرة:

وتعد هذه الإشارات كما أوضحنا سلفا بمثابة ترتيبات يكون من شأنها أن تزيد من احتمال وصول الطفل للاستجابة الصحيحة، ويمكن أن تتضمن تلك الإشارات أشياء متعددة كالتعليمات أو التلقين أو الإشارة باليد أو اللمس أو ما إلي ذلك. ويلعب التوجيه اليدوي دورا أساسيا هنا فبعد استخدام التوجيه اليدوي الكامل أو الكلي يمكننا أن نستخدم في سبيل تحقيق التغيير التدريجي لتلك الإشارات ما يلي:

١. التوجيه اليدوي المتدرج graduated guidance.

٢. التغيير التدريجي لموضع الإمساك باليد للتوجيه Spatial Fading .

٣. تعقب حركة الطفل دون لمس باليد Shadowing.

٤. تقليل التقارب الجسدي decreasing Physical Proximity (أيمن الهادي، ٢٠٠٥، ص٦٥-٦٦).

سادساً: استخدام إجراءات تصحيح الأخطاء (تصويب أخطاء الطفل):

هناك العديد من الأطفال الذين يرتكبون أخطاء عديدة عند تعليمهم إتباع جداول النشاط واستخدامها، فقد ينتظر الطفل صدور توجيهات لكي يقوم بالسلوك، كما قد لا يعيد الأدوات لمكانها، وكما أنه قد يقلب أكثر من صفحة الجدول فى المرة الواحدة، وغيرها من الأخطاء، ويمكن إتباع مجموعة من الإجراءات أو الخطوات التي تتمثل في:

١- الرجوع إلي الإجراء الإرشادي الذي يهدف إلي التذكرة.
٢- العودة من جديد إلي نقطة البداية.
٣- إغلاق الجدول وإعادة الجلسة من بدايتها.
٤- إعادة تقييم مدي تأثير المعززات المستخدمة علي الطفل.
٥- استبدال جدول النشاط بجدول نشاط جديد.

سابعا: تقييم أداء الطفل علي جدول النشاط المصور:

يتم تقييم الطفل علي جداول النشاط بشكل مرحلي، فلا ينتظر حتى ينتهي الطفل من أداء المهمة المطلوبة أو النشاط المستهدف دفعة واحدة، ولكن يتم عقب كل خطوة يقوم الطفل بها وذلك حتى نتعرف علي مدي صحة هذا الأداء، ومن ثم نحدد ما به من صواب فنعززه وندعمه حتى يقوي ويستمر، ونحدد ما في الأداء من خطأ فنصوب هذه الأخطاء، وهناك أسلوبان أساسيان يمكن من خلالها التعرف علي أداء الطفل علي جداول النشاط وتقييمه، بداية من تعليمه المهارات الأساسية المطلوبة لاستخدام الجداول وحتى تعليمه استخدام الجداول ككل وإتباعه. ويتمثل هذان الأسلوبان فيما يلي:

١- الملاحظة المباشرة.
٢- تقرير الوالد أو المعلم.

يمكن من خلال الملاحظة المباشرة التعرف علي كيفية أداء الطفل علي جداول النشاط وتحديد معدل الخطأ والتعرف علي أسبابه ومصادرة التي تدفع علي ذلك والتي تحول دون وصوله علي معدل الأداء الصحيح المتوقع، ويقصد بالملاحظة المباشرة هنا ملاحظة أداء الطفل طوال وقت الجلسة التي يتم فيها تعليمه استخدام جداول النشاط، إلي جانب كل ما يفعله وما يصدر عنه من سلوكيات علي أن يتم تسجيل كل ذلك بمعني جمع البيانات اللازمة بمجمل أداء الطفل علي جدول النشاط حتى يتسنى لنا اتخاذ القرار المناسب في ضوء البيانات التي يحصل عليها المعلم أو الباحث من تلك الاستمارات. كما يجب أن يكون التقييم عقب كل خطوة يؤديها الطفل حتى إذا ما صدر منه خطأ يتم تصويبه علي الفور حتى لا يعتبره بمثابة الاستجابة الصحيحة التي يصبح عليه أن يكررها بشكل مستمر.

أما عن تقرير الوالد أو المعلم فيتمثل فيما يقره ويكتبه عن المستوي الذي وصل إليه الطفل وذلك من خلال ما يتجمع لديه من بيانات يحصل عليها من خلال ملاحظته الدقيقة لأداء الطفل علي جداول النشاط، وذلك علي مدار جلسات التدريب بأكملها، والمستوي الذي يصل إليه الطفل مع نهاية كل جلسة، وعقب الجلسات المقررة لتدريبه علي جداول النشاط ككل. ويشترط في هذا التقرير أن يوضح النقاط التالية:

١- مدي إجادة الطفل للمهارات اللازمة لاستخدام جدول النشاط.

٢- المستوي اللغوي للطفل.

٣- مدي ملائمة الأنشطة المتضمنة للطفل.

٤- مدي إقبال الطفل علي تلك الأنشطة.

٥- مدي فاعلية الإجراءات الإرشادية المستخدمة.

٦- مدي وضوح مكونات الأنشطة بالنسبة للطفل.

٧- مدي ملائمة المكافآت المستخدمة للتعزيز.

٨- مستوي أداء الطفل للمكونات المتضمنة والأنشطة المستهدفة.

(عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٢ - أ، ص٢٦٧-٢٦٩).

ثامنا: إعادة تدريب الطفل علي جداول النشاط:

بعد أن يستجيب الأطفال للأنشطة التي يتضمنها جدول النشاط المصور تأتى مرحلة متابعة على هذا الجدول بهدف تحقيق اكبر قدر من الاستقلالية ، حيث انه إذا تجاوز أداء الطفل الصحيح بنسبة ٨٠ ٪ علي الأقل وذلك للمكونات المختلفة التي تتضمنها الأنشطة بالجدول دون أن يحصل علي أي مساعدة من جانب الوالد أو المعلم، فإننا نعتبر أن الطفل هنا قد أتقن أول جدول للنشاط نقدمه له وذلك بحسب ترتيب الأنشطة فيه.

وجدير بالذكر أن ترتيب الأنشطة بالجداول قد يجعل الطفل يتعلم أداء سلسلة معينة من الاستجابات بمعني أنه يكون قادر خلال جلسات التدريب علي أداء سلسلة استجابات تنقله من النشاط الأول إلي النشاط الثاني فالثالث، ثم الرابع، وتنتهي به أخيرا إلي نهاية النشاط الخامس فيقوم بتناول الوجبة الخفيفة ثم يعمل علي إلقاء ما تبقي من مخلفات في سلة المهملات. وهنا يجب إعادة تدريب الأطفال علي جداول النشاط المصورة بهدف تحقيق أكبر قدر من التفاعل الاجتماعي حيث يمكن للمعلم أو الباحث أن يتبع بعض الإجراءات والخطوات فيما يلي:

أ - عرض الأنشطة التي يتضمنها الجدول وفق ترتيب جديد:

ويقصد بها أن يقوم الباحث أو المعلم بتغيير ترتيب الصور الواردة في الجدول الذي تدرب عليه الطفل سابقا، حتى يتأكد من قدرته علي التعامل مع الصور، وتنفيذ ما بها من نشاط، وحتى لا يتعود علي ترتيب معين. وينبغي أن تظل الصورتين الأولي والأخيرة كما هي، ولا يتغير الترتيب لأكثر من صورتين أو ثلاثة علي الأكثر.

ب - إضافة أنشطة جديدة لجداول النشاط:

بعد أن يجيد الطفل المرحلة السابقة يقوم المعلم أو الباحث بإضافة مجموعة من الصور الجديدة للجدول (ثلاثة صور بحد أقصي) بحيث تشكل أنشطة مفضلة لدي الطفل، ومناسبة لقدراته، وإمكانياته، ثم يطلب من الطفل الاستجابة لهذه الصور وتنفيذ ما بها.

جـ - استبدال بعض صور الجدول بصورة أخري:

حيث يقوم الباحث أو المعلم باستبدال بعض صور الجدول (بحد أقصي ثلاثة صور) بصور أخري قد تكون مفضلة لدي الطفل، ويجب أن تكون الصورة المستبدلة جديدة، ومناسبة لقدرات الطفل، ومفضلة لديه (عادل عبد الله: ٢٠٠٢ - أ، ٢٩٩- ٣١٠).

الفصل الثامن

برامج التأهيل المهني للقابلين للتدريب

- مفهوم التأهيل
- أنواع التأهيل للمعوقين.
  - التأهيل الطبي
  - التأهيل النفسي
  - التأهيل الاجتماعي
  - التأهيل التربوي
  - التأهيل المهني
- إعداد خطة التأهيل الفردية
- الاعتبارات الخاصة في تأهيل حالات المعاقين فكرياً
- المهن المناسبة لفئة القابلين للتدريب
- أهم العقبات والمشكلات التي تعترض تشغيل المعاقين

الفصل الثامن

برامج التأهيل المهني للقابلين للتدريب

مفهوم التأهيل

ويقصد به مجموعة الجهود التي تبذل خلال مدة محددة نحو هدف محدد لتمكين الشخص وعائلته من التغلب على الآثار الناجمة عن العجز واكتساب واستعادة دوره في الحياة معتمداً على نفسه والوصول به إلى أفضل مستوى وظيفي عقلي، أو جسماني، أو اجتماعي، أو نفسي، أو اقتصادي.

كما يمكن اعتبار التأهيل بأنه تلك المرحلة من العملية المستمرة والمنسقة والتي تشمل الخدمات المتنوعة كالتأهيل الطبي، والتأهيل التربوي، والتأهيل البدني، والتأهيل النفسي، والتأهيل الاجتماعي، والتوجيه والتدريب المهني والتعيين الانتقائي بقصد تمكين الفرد من تأمين مستقبله والحصول على العمل المناسب والاحتفاظ به، وكذلك تأهيل البيئة والمجتمع للمعوق.

أنواع التأهيل للمعوقين:

تأخذ عمليات التأهيل للمعوق ألواناً وأنماطاً مختلفة بحسب أوجه اختلاف تكيف المعوق. فقد يحتاج المعوق إلى خدمات طبية ليتمتع بأقصى قدرة بدنية ممكنة (التأهيل الطبي)، أو قد يحتاج إلى التغلب على النتائج النفسية التي تصاحب العاهة (التأهيل النفسي)، أو قد يحتاج إلى الخدمات الاجتماعية ليأخذ وضعاً مقبولاً في المجتمع دون ما تفرقه بينه وبين العاديين (التأهيل الاجتماعي).

وفيما يلي تفصيلاً لأهم أنواع التأهيل للمعوقين:

١- التأهيل الطبي: Medical Rehabilitation

التأهيل الطبي هو أحد البرامج والأنشطة الأساسية لعملية التأهيل، وهو يهتم بالجوانب المرضية سواء المسببة للعجز أو الجوانب المرضية والصحية التي يمكن أن تنشأ عن العجز.

وتهدف برامج التأهيل الطبي إلى:

١. العمل على الوقاية من تكرار حصول حالة العجز باستخدام وسائل الكشف والفحوص الطبية والجينية.
٢. العمل على الاكتشاف المبكر لحالات العجز وإجراء عمليات التدخل المبكر للحيلولة دون تفاقم مشكلة العجز.
٣. العمل على تحسين أو تعديل القدرات الجسمية والوظيفية للفرد بوسائل العلاج الطبي اللازمة سواء باستخدام العقاقير والأدوية أو العمليات الجراحية أو غيرها من الإجراءات وذلك للوصول به إلى أقصى مستوى من الأداء الوظيفي.

وسائل التأهيل الطبي:

١. الأدوية والعقاقير الطبية.
٢. العمليات الجراحية.
٣. العلاج الطبيعي.
٤. الأجهزة الطبية التعويضية والوسائل المساعدة.
٥. الإرشاد الطبي.

التأهيل النفسي: Psychological Rehabilitation

تلعب الظروف النفسية للفرد المعوق وأسرته دوراً بارزاً وحيوياً في تحويل حالة العجز إلى حالة إعاقة أو في تقبل حالة العجز والتكيف معها والعمل على الإفادة من أنشطة وبرامج التأهيل اللازمة.

ولابد من التذكير من أن الآثار النفسية التي تتركها حالة العجز على حياة الفرد وعلى حياة أفراد أسرته غالباً ما تكون من الدرجة العميقة التي تحتاج إلى جهود كبيرة في العمل للتخفيف من المشاعر والضغوط النفسية التي يمكن أن تنشأ عن حالة العجز.

ونظراً لأهمية هذا الموضوع نرى أن العديد من الدراسات على المستوى العالمي والإقليمي والمحلي قد اهتمت بدراسة الآثار والضغوط النفسية الناجمة عن حالة العجز والإعاقة سواء على الفرد المعوق نفسه أو على أسرة الفرد المعوق.

وتشير منى الحديدي ومسعود(١٩٩٧) إلى أن الدراسات التي اهتمت بالآثار النفسية الناجمة عن ولادة طفل معوق في الأسرة قد أكدت على أن هذه الأسر غالباً ما تتعرض لضغوط نفسية شديدة تؤثر على كيانها كنظام اجتماعي من جهة وتؤثر على أفرادها من جهة ثانية.

إن من أهم مظاهر الضغوط النفسية التي يتعرض لها أفراد الأسرة هي الشعور بالخجل أو الدونية أو الذنب، إنكار الإعاقة، الحماية الزائدة أو رفض الطفل المعاق وإخفائه عن الأنظار أو الانعزال عن الحياة الاجتماعية وعدم المشاركة في مظاهرها.

كذلك فإن حالة العجز أو الإعاقة تؤثر على الفرد المعوق نفسه فهي تؤثر على فهمه وتقديره لنفسه وإمكانياته وتجعله يعيش في حالة من القلق والتوتر والخوف من المستقبل، كما قد تؤثر في نظرته للحياة وثقته بالآخرين.

أهداف برامج التأهيل النفسي:

أ) أهداف موجهة نحو الفرد المعوق وتشمل التالية:

١) مساعدة الفرد المعوق على تحقيق أقصى درجة من التوافق الشخصي، ذلك من خلال تقبله لذاته وظروفه وواقعه الجديد، وفهمه لخصائصه النفسية ومعرفة إمكاناته المتبقية وتطوير اتجاهات إيجابية عن ذاته، ومساعدته على مواجهة ما يعترضه من معوقات والتغلب عليها.

٢) مساعدة الفرد المعوق على تحقيق أقصى ما يمكن من التوافق الاجتماعي والمهني، وذلك من خلال مساعدته في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين والخروج من العزلة الاجتماعية والاندماج في الحياة العامة للمجتمع، وكذلك مساعدته على الاختيار المهني السليم الذي يتناسب مع حالته وميوله واستعداداته.

٣) العمل على تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة التي قد تنشأ عن الإعاقة.

ب) أهداف موجهة نحو أسرة الفرد المعوق:

١) مساعدة الأسرة على فهم وتقدير وتقبل حالة الإعاقة وذلك من خلال تزويدها بالمعلومات الضرورية عن حالة الإعاقة ومتطلباتها وتعديل اتجاهاتها نحو إعاقة طفلها.

٢) مساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تنشأ عن حالة الإعاقة والتخفيف من آثارها.

٣) مساعدة الأسرة في الوصول إلى قرار سليم واختيار مجال التأهيل المناسب لطفلهم المعوق.

٤) مساعدة الأسرة على بناء توقعات إيجابية وموضوعية عن قدرات وإمكانيات طفلها المعاق.

٥) تدريب الأسرة إرشادها على أساليب رعاية وتدريب الطفل المعاق.

وسائل وأساليب التأهيل النفسي:

١) الإرشاد النفسي.

٢) الإرشاد الأسري.

٣) تعديل السلوك.

٤) التوجيه والإرشاد المهني.

٥) العلاج النفسي.

التأهيل الاجتماعي: Social Rehabilitation

إن دمج الفرد المعوق في الحياة العامة للمجتمع هو أحد أهداف التأهيل الأساسية بل هو الهدف النهائي لعملية التأهيل.

وإن دمج المعوق في المجتمع يتطلب إعداده إعداداً جيداً للتكيف مع متطلبات الحياة العامة والاستجابة للمعايير والقيم الاجتماعية والعادات والتقاليد المتعارف عليها في المجتمع وبناء علاقات اجتماعية ناجحة مع الأفراد والجماعات إضافة إلى إعداده للاستقلال المعيشي والاجتماعي والأسري.

من هنا نستطيع القول بأن التأهيل الاجتماعي يعني إعداد الفرد المعوق للتكيف والتفاعل الإيجابي مع المجتمع ومتطلبات الحياة العامة من خلال مجموعة من من البرامج والأنشطة الاجتماعية نحو الفرد المعوق ونحو أسرته والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها.

أهداف التأهيل الاجتماعي:

يهدف التأهيل الاجتماعي للمعوقين إلى:

١. تطوير مهارات السلوك الاجتماعي التكيفي عند الفرد المعوق.

٢. العمل على تعديل اتجاهات الأسرة نحو طفلها المعوق وتوفير المساعدات ووسائل الدعم المناسبة لها لتكون قادرة على تأمين ظروف التنشئة الاجتماعية المناسبة له.

٣. توفير الظروف الوظيفية لتمكين المعوق من ممارسة حياته والاندماج في الحياة العامة وتكوين أسرة وتلبية احتياجاته واحتياجات أفراد أسرته.

٤. العمل على توفير الظروف البيئية المناسبة لدمج المعوق في المجتمع المحلي وذلك من خلال العمل على تعديل اتجاهات الأفراد وردود فعلها تجاه الإعاقة.

٥. العمل على توفير الخدمات الاجتماعية اللازمة لتلبية الاحتياجات الخاصة للأفراد المعوقين والحث على سن التشريعات والقوانين اللازمة لتأمين حقوقهم.

٦. توفير الظروف المناسبة لتسهيل مشاركة المعوقين في الأنشطة والبرامج التي يوفرها المجتمع لأفراده سواء كانت هذه البرامج والأنشطة تعليمية أم اجتماعية أم ثقافية أم ترويحية.

٧. دعم وتشجيع العمل الاجتماعي التطوعي وتأسيس جمعيات المعوقين أو جمعيات أهالي المعوقين الاجتماعية والمهنية.

أساليب التأهيل الاجتماعي:

يذكر فهد المغلوث (١٩٩٩) أن أساليب الرعاية والتأهيل الاجتماعي للمعوقين تختلف حسب نوع ودرجة الإعاقة وحسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية للفرد المعوق وأسرته. ويشير فهد المغلوث (١٩٩٩) إلى الأساليب التالية:

١. أسلوب الرعاية المنزلية: ويركز على الوقوف على الظروف الأسرية التي يعيش في ظلها الفرد المعوق ومساعدة أسرة المعوق في الحصول على الخدمات المتوفرة في المجتمع وإحداث التغييرات المطلوبة سواء في اتجاهات أفراد لأسرة أو في تكييف البيئة السكنية للأسرة لتفي باحتياجات الفرد المعوق.

٢. أسلوب الرعاية النهارية: أي تأمين مؤسسات الرعاية النهارية لخدمة الأفراد المعاقين وذلك تحاشياً لعزلهم عن بيئاتهم الطبيعية واختزال مدة التأهيل.

٣. أسلوب الرعاية الإيوائية: وهذا الأسلوب يستخدم فقط مع الحالات التي تتطلب هذا النوع من الرعاية كحالات الإعاقات الشديدة والمتعددة والحالات التي تعجز الأسرة عن تأمين مستلزمات الرعاية اللازمة للفرد المعوق.

٤. أسلوب الرعاية اللاحقة: ويستخدم بعد إتمام عملية التأهيل وإدماج المعوق في أسرته أو في المجتمع أو تشغيله للتأكد من عدم تعرضه للمشاكل ومواجهة أية صعوبات يمكن أن تواجهه. ويرى أبو النصر (٢٠٠٠) بأن الرعاية اللاحقة يجب أن تهدف إلى:

أ) مواجهة صعوبات التكيف مع البيئة ومع العمل خاصة في المراحل المبكرة لعودة المعوق إلى الحياة الطبيعية بعد عمليات العلاج والتأهيل.

ب) توفير فرص استمرار واستقرار المعوق في التعليم أو في العمل وتذليل كافة المعوقات الإدارية أو المادية أو الاجتماعية التي تؤثر سلباً على استمرار المعوق في دراسته أو في عمله.

ج) مساعدة المعوق على الاستفادة من المؤسسات المختلفة القائمة في المجتمع المحلي الذي يعيش فيه المعوق سواء كانت صحية أو اجتماعية أو ترفيهية.

د) التأكد من متابعة المعوق للخطة العلاجية وخاصة المعوقين الذين يحتاجون لخدمات علاجية بشكل دائم.

التأهيل التربوي: Educational Rehabilitation

يعتبر التأهيل التربوي من أهم البرامج في عملية التأهيل، ويعني توفير البرامج التربوية الخاصة (Special Education Programs) للأفراد المعوقين في البيئات الأقل تقييداً (Least Restrictive Environment). وتختلف برامج التربية الخاصة باختلاف فئة الإعاقة، فالبرامج التربوية الخاصة بذوي الإعاقة العقلية تختلف في مضمونها وأساليبها ووسائلها عن البرامج التربوية الخاصة بذوي الإعاقات السمعية، أو البصرية، أو الجسدية وهكذا. كما وتختلف البدائل التربوية المقدمة لفئات المعوقين باختلاف درجة الإعاقة وطبيعة الاحتياجات التربوية الخاصة، حيث تتراوح هذه البدائل مابين التعليم في الصف العادي (الدمج الشامل Inclusion) إلى التعليم في مراكز ومؤسسات أو مدارس داخلية.

يتم تحديد البرنامج التربوي المناسب في ضوء الاعتبارات التالية:

١. درجة الإعاقة وشدتها: فكلما كانت الإعاقة شديدة كانت الاحتياجات التربوية الخاصة أكثر وكلما كانت الحاجة إلى مدارس نهارية أو داخلية أكثر.

٢. درجة وعي الأسرة واتجاهاتها وتوقعاتها من الطفل: فكلما كانت اتجاهات الأسرة سلبية وتوقعاتها من طفلها متدنية كلما اتجهت نحو المدارس الخاصة أو المؤسسات الداخلية.

٣. مدى توفر الخدمات التربوية في البيئة التي يعيش فيها الطفل.

إن من الضروري معرفة أن المكان التربوي يجب ألا يكون مكاناً دائماً للطفل، حيث أنه كلما تغيرت حاجاته التربوية كلما تغير وفقاً لها البرنامج التربوي وبالضرورة قد يتغير المكان التربوي.

البرامج التربوية الخاصة المقدمة لفئة الأطفال المعاقين عقلياً:

تتضمن برامج التربية الخاصة للمتخلفين عقلياً تركيزاً على جانب المهارات (Skills) أكثر من جانب المعلومات نظراً لأنهم يفتقرون إلى القدرة على التعلم والقدرة على التذكر، وتعتمد عملية تقديم هذه البرامج على استراتيجيات وأساليب تعليمية خاصة وفقاً لمبدأ فردية التعليم (Individualized Teaching)، وتشتمل البرامج التربوية على المهارات التالية:

أ) **المهارات الاستقلالية** (Independent Skills): وتشمل على مهارات العناية الذاتية (Self-help Skills))، ومهارات الحياة اليومية (Daily Living Skills)، ومهارات السلامة (Safety Skills).

ب) **المهارات الحس حركية** (Sensory Motor Skills): وتشمل على مهارات التآزر الحركي البصري (Eye-hand Coordination)، والمهارات الحركية الدقيقة(Fine-Motor Skills)، والمهارات الحركية الكبيرة(Gross- Motor Skills).

ج) **المهارات اللغوية** (Language Skills) : وتشمل على مهارات اللغة الاستقبالية (Perceptive Language Skills)، ومهارات اللغة التعبيرية (Expressive Language Skills).

د) **المهارات الاجتماعية**(Social Skills).

هـ) **المهارات الأكاديمية**(Academic Skills): وتشمل على مهارات القراءة والكتابة والحساب.

و) **المهارات المهنية** (Vocational Skills).

التأهيل المهني: Vocational Rehabilitation.

يعتبر التأهيل المهني من المراحل المهمة في عملية التأهيل الشاملة. وقبل الخوض في أية تفاصيل عن هذا الموضوع لابد من الإشارة إلى التقدير الخاطئ لأهمية التأهيل المهني للمعوقين والذي يمارس وللأسف الشديد في العديد بل في معظم الدول العربية، حيث أن التأهيل المهني يعني في الكثير من الدول العربية الاختيار الوحيد أمام معظم فئات المعوقين. ويعود ذلك إلى الاتجاهات السلبية والتوقعات المتدنية حول قدرات المعوقين التعليمية التي تميل في الغالب إلى اعتبار المعوقين غير قادرين على الاستمرار في عملية التعليم، غير أن بعض الدول أدركت أهمية إتاحة الفرصة للعديد من الأفراد المعوقين للاستمرار في عملية التعلم إلى الحد الذي تسمح به قدراتهم وإمكانياتهم، وهيأت لهم الفرص ليواصلوا تعليمهم حتى أعلى مراحل التعليم الجامعي، مع الإبقاء على التأهيل المهني كخيار بديل لمن لا تسمح لهم قدراتهم الاستمرار في التعلم.

لقد عرفت اتفاقية تأهيل واستخدام المعوقين عام ١٩٨٣م رقم ١٥٩ توصية رقم ١٦٨، التأهيل المهني بأنه تلك المرحلة من عملية التأهيل المتصلة والمنسقة التي تشمل توفير خدمات مهنية مثل التوجيه المهني والتدريب المهني والاستخدام الاختياري بقصد تمكين الشخص المعوق من ضمان عمل مناسب والاحتفاظ به والترقي فيه أما فهد المغلوث (١٩٩٩) فيعرف التأهيل المهني بأنه برنامج شامل يتضمن خطوات منسقة ومتواصلة لتوفير مجموعة من الخدمات الفنية مثل التوجيه المهني والتدريب المهني بقصد تمكين المعاق من ضمان الحصول على عمل مناسب لظروفه وإمكانياته والاحتفاظ به والترقي فيه لتعزيز إدماج المعاق في المجتمع.

ويرى الطريقي بأن التأهيل المهني هو توفير الرعاية والخدمات المهنية اللازمة لتمكين المعوق من استعادة قدراته وتهيئته لمباشرة عمله الأصلي أو أداء أي عمل آخر يناسب حالته أو وضعه الحالي.

وفي النهاية يمكن القول بأن التأهيل المهني هو مجموعة البرامج والأنشطة التي تهدف إلى استثمار وتوظيف قدرات وطاقات الشخص المعوق وتدريبه على مهنة مناسبة يستطيع من خلالها الحصول على دخل يساعده على تأمين متطلباته الحياتية.

أهداف التأهيل المهني:

١. توظيف طاقات وقدرات الشخص المعوق في تدريبه على مهنة مناسبة.

٢. ضمان عمل مناسب للشخص المعوق وضمان احتفاظه بهذا العمل والترقي فيه.

٣. ضمان دخل اقتصادي دوري ملائم يستطيع من خلاله الشخص المعوق تأمين متطلباته الحياتية.

٤. إعادة ثقة الشخص المعوق بنفسه وتقديره لذاته والشعور بالإنتاجية.

٥. تعديل اتجاهات الآخرين نحو قدرات وإمكانات الشخص المعوق.

٦. توجيه واستثمار الأيدي العاملة والطاقات المعطلة للأشخاص المعوقين كمورد من موارد التنمية الاقتصادية المنتجة في المجتمع.

٧. دمج المعوق في الحياة العامة للمجتمع.

إن تحقيق أهداف التأهيل المهني يتطلب توفر العناصر التالية:

١. توفر الميول والاستعدادات المهنية والقدرات الشخصية المناسبة عند الشخص المعوق.
٢. توفر مراكز التدريب المهني وتزويدها بالإمكانيات البشرية والمادية والتقنية المناسبة.
٣. توفر فرص العمل اللازمة في المجتمع لتشغيل المعوقين بعد استكمالهم لمتطلبات عملية التأهيل والتدريب المهني.
٤. توفر الاتجاهات الإيجابية والرغبة من قبل أصحاب المصانع والمصالح التجارية لتشغيل المعوقين في مراكزهم ومؤسساتهم.
٥. توفر التشريعات والقوانين اللازمة لحفظ حقوق العمال المعوقين.

خطوات عملية التأهيل المهني للمعاقين فكرياً

تمر عملية التأهيل المهني عبر مجموعة من الخطوات نحددها في التالية:

١. **التقييم المهني:** Vocational Evaluation

وهي عملية تهدف إلى دراسة قدرات وإمكانيات الشخص المعوق المهنية والتعرف على ميوله واستعداداته المهنية بهدف مساعدته على الاختيار المهني في حدود ما هو متوفر من برامج مهنية في مراكز التدريب المهني.

ويقوم بهذه الخطوة أخصائي التقييم المهني أو مرشد التأهيل وتستخدم فيها عدد من المقاييس والاختبارات النفسية والمهنية التي تساعد على التنبؤ بالمجالات المهنية التي تناسب استعدادات وميول وقدرات الشخص المعوق.

٢. **التوجيه المهني:** Vocational Guidance

وهي خطوة تهدف إلى مساعدة الأشخاص المعوقين على الاختيار المهني للمهنة التي تتناسب مع ميولهم واستعداداتهم وقدراتهم من جهة ومع فرص استخدامهم في سوق العمل من جهة أخرى، ويتم توجيه المعاقين فكريا إلى التدريب العقلي بعد سن الرابعة عشر، وذلك في مستوى المرحلة الثانوية للعاديين، ويستعان في عملية التوجيه المهني

بنتائج اختبارات الذكاء، والمهارات الحركية، والتآزر العضلي، والتحصيل الدراسي، والفحص الطبي وتقارير المعلمين، والاخصائين الاجتماعيين والآباء وذلك للوقوف على ميوله واستعداداته وقدراته.

يلي ذلك معرفة المجالات المهنية المتوفرة في البيئة المحيطة بالمعاق فكريا ومتطلبات هذه المهن، ثم التوفيق ما بين الإمكانيات والقدرات والاستعداد لدى المعاق فكريا والمهن التي تتناسب مع هذه القدرات وهو ما يعرف بالاختيار المهني.

وبالتالي فإن مهمة المرشد المهني مع المعاق فكريا هو مساعدته على فهم نفسه فهما موضوعيا لمعرفة إمكاناته وقدراته وميوله ونقاط القوة والضعف لدى المعاق فكريا. كما يساعده على فهم المجالات المهنية المتوفرة حوله ومتطلبات تلك المهن .

٣. التدريب المهني: Vocational Training

وهي الخطوة الرئيسية في عملية التأهيل المهنية التي تخصص للتدريب الفعلي للشخص المعوق على المهنة التي تم اختيارها بعد إجراء التقييم والتوجيه المهني حيث يتم تدريبهم بعدد من الورش التهيئية وإعطاءه بعض المعلومات المهنية وبعدها يوجه للتدريب للورش المحمية التي تناسبه بإشراف مدربين متخصصين في تدريب المعاقين فكريا حيث أن تدريب المعاقين فكريا يقوم على نفس الأسس التي يقوم عليها تدريب العاديين والتي من أهمها الدافع والتدبر في التدريب بالطريقة الصحيحة وذلك بإكساب المعاق فكريا العادات الأساسية الصحيحة في العمل فيتدرب على استخدام اليدين وحمايتهما، كذلك يتدرب على حماية الرجلين والعينين، والتركيز على الدقة أكثر من السرعة وتجزئة العمل والبدء من السهل البسيط ويتدرج شيئا فشيئا.

وتمر عملية التدريب المهني في ثلاث مراحل هي:

أ) **التهيئة المهنية**: وهي مرحلة يتم فيها تعريف المعوق على المهنة التي سوف يتدرب عليها وتعريفه بقوانينها ومستلزماتها والأدوات المستخدمة فيها والمهارات اللازمة لأداء المهنة وتزويده بالاتجاهات الإيجابية نحو العمل والإنتاج.

ب) **التطبيق العملي**: وهي المرحلة التي يتم فيها تدريب الشخص المعوق عملياً على المهنة التي تم اختيارها بحيث تضمن هذه العملية وصول المعوق في نهايتها إلى الأداء المهني الجيد الذي يؤهله للمحافظة على المهنة والاستمرار والترقي فيها.

ج) **التدريب في سوق العمل**: وهي المرحلة الأخيرة التي يتم فيها وضع المعوق في الشركات والمؤسسات ذات العلاقة تحت إشراف مباشر من عمال مؤهلين للتأكد من أداء المعوق المهني، مع ضرورة المتابعة من قبل مركز أو مؤسسة التأهيل.

٤. **التشغيل المهني**: Employment

هي الخطوة النهائية ومحصلة الخطوات السابقة والتي تأخذ أشكالاً متعددة منها:

أ) التشغيل في سوق العمل المفتوح والتي تمثل مجموعة فرص الاستخدام التي يوفرها قانون العرض والطلب في ظل قانون العمل والاستخدام في سوق العمل. ويسمى التشغيل في سوق العمل المفتوح بالتشغيل الانتقائي ويعتبر من

أهم أنواع التشغيل.

ب) التشغيل المحمي، Sheltered Work-Shops أو التشغيل في المشاغل المحمية، ونظراً لأن التشغيل الانتقائي يواجه أحياناً صعوبات في تكييف بيئة العمل لتناسب حاجات الأشخاص المعوقين، تم إيجاد فرص للتشغيل في المشاغل المحمية التي هي عبارة عن مشاغل بعيدة ومحمية من منافسة السوق، وتكون بيئة العمل فيها متناسبة مع احتياجات العمال المعوقين.

ويعتبر نظام العمل المحمى من الأسباب الناجحة في تشغيل المعاقين عقليا، وخاصة في البلاد التي لا يتوافر فيها خدمات لتشغيلهم، وهى وسيلة طيبة وفعالة لكى يتعرف المجتمع على قدرة المعوقين على العمل والإنتاج في ظل ظروفهم وقدراتهم المحدودة أحياناً

وتعتبر الورش المحلية نقطة انطلاقة نحو إقامة الكثير من خدمات التأهيل المهني المقدمة للمعوقين.

وحصل المعوق داخل الورش المحلية على خدمات طبية كاملة، فهو يخضع لإشراف طبي دقيق عليه بصفة مستمرة وهذا العمل المقدم له يختار بعناية ليلائم قدراته وإمكاناته

واستعداداته وميوله وظروفه المختلفة، وتقدم خدمات الإرشاد والتوجيه داخل الورشة المحلية لمساعدته على التكيف النفسي والمهني بصورة جيدة.

ج) التشغيل الذاتي Self Employment، وفي هذا النوع يقوم المعوق بالعمل لحسابه الخاص بعد توفير رأس المال المناسب له.

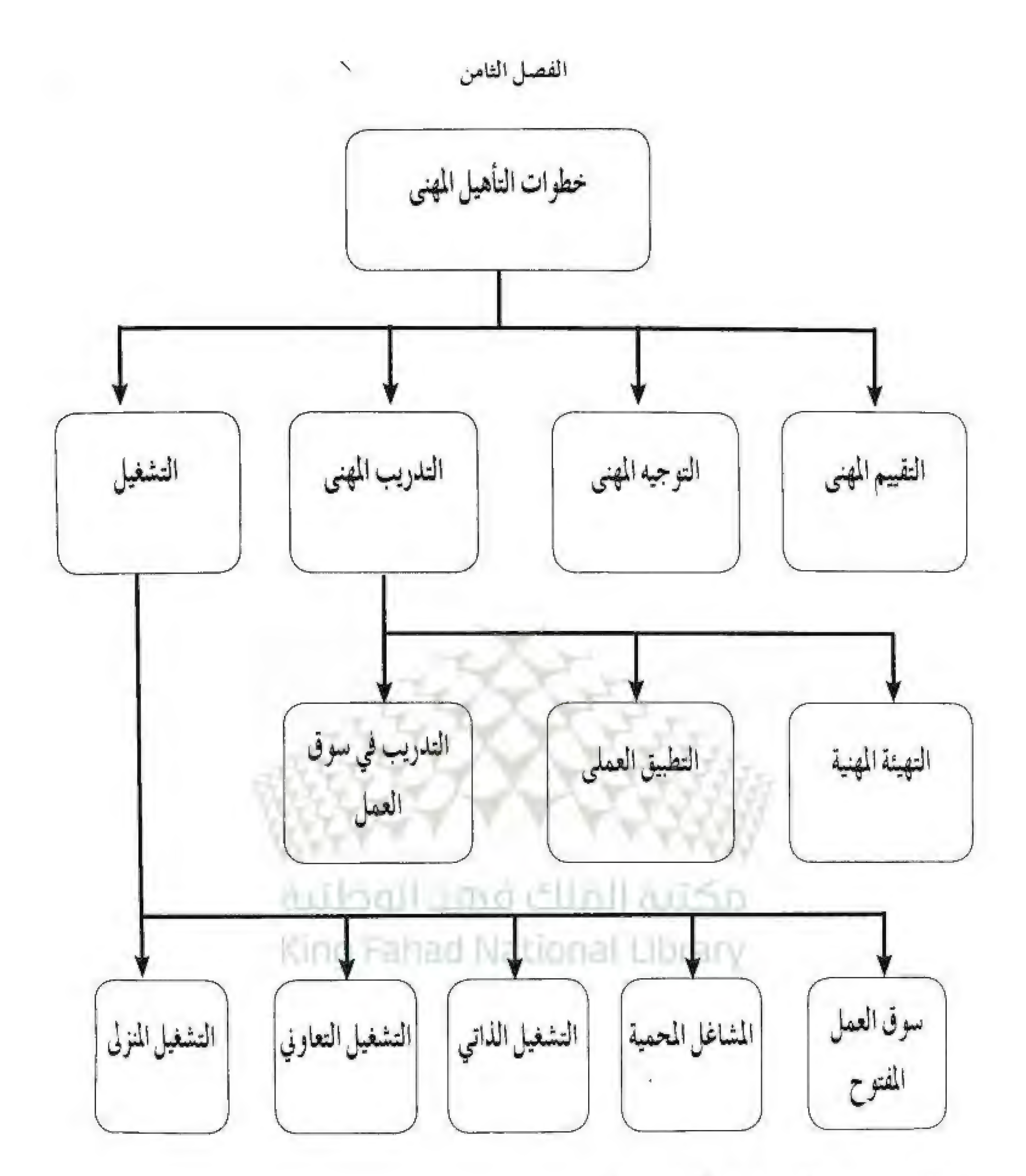
د) التشغيل المنزلي Home-Paced Employment، وهذا النوع مخصص للأشخاص المعوقين الذين تحول ظروف إعاقتهم من الالتحاق بالأنواع الأخرى، حيث يمارس المعوقين في هذا النوع أنشطة صناعية أو حرفية داخل المنزل وتتم عملية تسويق منتوجاتهم من قبل أشخاص أو هيئات صناعية أو تجارية أو خيرية لها علاقة.

هـ) التشغيل التعاوني Cooperative Employment، ويعني تشغيل المعوقين في مشاريع أو مؤسسات أو جمعيات تعاونية أو في جمعيات تعاونية خاصة يشرف على إدارتها وتسويق منتوجاتها المعوقون أنفسهم ويتقاسمون الأرباح فيما بينهم.

٥-المتابعة المهنية:

ان الرعاية عملية هامة خاصة مع المعاقين فكريا القابلين للتدريب وذلك بمتابعته في مجال الأسرة والعمل والحياة العامة وذلك للتأكد من الاستقرار في العمل ومدى تقدمه ومستوى الأداء الذي وصل إليه في سوق العمل المفتوح ومدى تكيفه مع العمل والعمال وصاحب العمل. ولابد من التأكيد على بعض النواحي في عملية المتابعة مثل:

- التأكد من توافقه مهنيا كما كان متوقعا عند التشغيل.
- التأكد من قدرته على مواجهه ظروف العمل من الناحية الجسمية.
- متابعته من النواحى الطبية سواء استكمال علاج أو ملاحظة طبية.
- التأكد من نتائج الخدمات النفسية والاجتماعية في مساعدته على التكيف المناسب.
- اذا ما تبين عدم تكيفه مع المهنة أو ظروف العمل البحث له عن مكان عمل اخر وتحويله له.



شكل يبين خطوات التأهيل المهني

إن التخطيط لعملية التأهيل لا تقوم على عاتق فرد معين بل هي عملية تنتج عن مجهودات مشتركة لفريق من المختصين يطلق عليه اسم الفريق متعدد التخصصات (Multidisciplinary Team).

إعداد خطة التأهيل الفردية:

خطة التأهيل الفردية Individualized Rehabilitation Plan هي الخلاصة التي يصل إليها مرشد التأهيل، وأعضاء فريق التأهيل، والعميل نفسه بناء على العمل الذي تم في المرحلة الأولى من التأهيل، وهي مرحلة الدراسة. والمرحلة الثانية وهي مرحلة التشخيص والإرشاد، وهي تمثل خطة عمل مجدولة زمنياً وموضحة العناصر والأنشطة التي تشبع حاجات العميل التي أوضحتها الدراسات الفنية المتخصصة على اختلافها.

وخطة التأهيل الفردية كما هو واضح من اسمها تتم بناء على أساس فردي بمعنى أن يكون لكل عميل خطة تأهيل خاصة به. ومبدأ التفريد مبدأ سبق أن ناقشناه باعتباره أحد الأسس التي تقوم عليها فلسفة التأهيل.

الاعتبارات التي تراعى عند إعداد خطة التأهيل الفردية:

يقصد بالتخطيط المواءمة بين الإمكانيات والأنشطة مع إدخال عنصر الزمن بحيث يمكن ترتيب الأنشطة مع الوقت. ولكي تكون الخطة ناجحة فإنه من المناسب أن تتوفر فيها مجموعة من العناصر منها:

١- أن تكون الخطة قائمة كما سبق القول على أساس من الدراسات المتخصصة التي أجريت للفرد، ومنها الدراسة الطبية والتقويم النفسي والتقويم المهني والدراسة الاجتماعية، وبناء على آراء المتخصصين الذين أجروها وبالتشاور المستمر بين المرشد وبينهم.

٢- أن تكون الخطة متصفة بالشمول، بمعنى أن تغطي كافة الجوانب التي تمثل حاجات للفرد، وسواء كانت تلبية هذه الحاجات في داخل مركز التأهيل أم في المجتمع أو في الأسرة.

٣- أن تتصف الخطة بالواقعية، وذلك بأن يراعى فيها إمكانية التنفيذ من حيث إمكانيات الفرد المعوق، وإمكانيات مركز التأهيل والموارد الاجتماعية الأخرى.

والخطة التي لا تتسم بالواقعية فإنها ستنتهي إلى الفشل، وهو أمر يحسن أن نتجنبه خاصة في المراحل الأولى لتأهيل الأفراد المعوقين.

٤- أن تتصف الخطة بالمرونة، يعني ذلك أن تكون الخطة قابلة للمراجعة والتعديل كلما دعت الحاجة لذلك.

٥- أن تراعي الخطة جانب إكمال الخدمات بمعنى ألا ينتهي التأهيل إلا باستكمال الخدمات التي يحتاج إليها الفرد، ويعني هذا أن تتجنب الخطة فكرة التخريج في أفواج (دفعات) كما يحدث في بعض المراكز حيث تكون هناك بداية للدورات التدريبية ونهاية لها. ومما هو جدير بالذكر أن خروج الفرد من مركز التأهيل قبل تمام الحصول على الخدمات اللازمة في صورة تدريبات وأجهزة وإعداد يؤدي به إلى سلسلة من المواجهات مع الإحباط والفشل، وهو أمر كما ذكرنا من قبل يحسن أن نتجنبه في هذه المرحلة.

٦- أن يكون إعداد الخطة أمراً مشتركاً، يشترك فيه كافة أطراف التأهيل، وهم العميل (الفرد المعوق) نفسه ومرشد التأهيل المسئول عن الحالة وأعضاء فريق التأهيل. قد تبدأ عملية إعداد الخطة من مرشد التأهيل الذي يدير الحالة الذي يراجع التقارير المقدمة من المتخصصين الذين أجروا التقويم بفروعه المختلفة، ويتشاور معهم، ولكنها يجب أن تمضي في طريقها في تشاور المرشد مع العميل من خلال عملية الإرشاد حيث في هذه المرحلة تتبلور عناصر الخطة مثل نوع العمل المناسب والحاجة إلى برامج التدريب على التوافق، ومدى الحاجة إلى الإرشاد في مجال المشكلات النفسية، والحاجة للخدمات المساندة وغيرها.

مكونات خطة التأهيل:

تتكون خطة التأهيل من مجموعة البرامج والأنشطة التي تساعد على تحقيق أهداف التأهيل الأساسية، والتي يمكن إجمالها في ثلاثة أهداف أساسية:

١- منع المضاعفات الطبية والقيام بالأنشطة اللازمة للحياة اليومية والتوافق الشخصي.

٢- التوافق الاجتماعي في الأسرة وفي المجتمع.

٣- الإنتاجية والإحساس بالإفادة.

ويمكن اعتبار الجوانب التالية مكونات أساسية في عملية التأهيل تراعى عند إعداد خطة التأهيل الفردية.

١- خدمات الإعداد البدني.

٢- خدمات التدريب على التوافق الشخصي والاجتماعي.

٣- التدريب المهني.

٤- الخدمات المساعدة (الخدمات الاجتماعية).

٥- الإلحاق بالعمل.

٦- الإرشاد، ويلاحظ أن الإرشاد عملية مستمرة استمرار عملية التأهيل نفسها، فالإرشاد يبدأ منذ اللحظة الأولى للعمل مع الفرد المعوق، وقد يبدأ أحياناً قبل وصوله إلى مركز التأهيل، ولا ينتهي إلا باستقرار العميل في المجتمع وتحقيقه لأهدافه.

وفي الواقع فإن الدور الذي يقوم به مرشد التأهيل يمثل دوراً أساسياً وهو بمثابة العمود الفقري في عملية التأهيل، كما أن المرشد نفسه يعتبر بمثابة الأخصائي المدير للحالة والمرافق لها من بداية التأهيل إلى نهايته، ولهذا فقد أفرد للإرشاد جانب مستقل.

وسوف نتناول بالتفصيل في الفصول التالية الخدمات التي تشتمل عليها برامج التأهيل، ولا يعني هذا أن كل عميل يحضر للتأهيل سيحتاج إلى كل هذه الخدمات فقد يحتاج إلى جانب منها فقط.

وتعتبر عملية مراجعة خطة التأهيل مع العميل مرحلة هامة من مراحل العمل الإرشادي، وهي تمثل في الواقع ما وصل إليه المرشد مع العميل في عملهما أو علاقتهما الإرشادية.

ويجب أن يتوقع مرشد التأهيل أن يواجه بمجموعة من المشكلات في مرحلة الإرشاد، وهذا يتوقف بالطبع على الفرد المعوق الذي يقوم بالعمل معه من حيث العمر والنوع وظروفه قبل حدوث العجز، وظروف حدوث العجز نفسه والتكوين الأسري، ودرجة العجز، والدور الاجتماعي الذي يقوم به وعمله السابق، وحالته الاقتصادية، وعلاقته بأسرته، وتكوين شخصيته، وغيرها من الجوانب.

إن العميل يحضر إلى التأهيل ومعه بعض الآثار النفسية من المرحلة السابقة، وقد تكون دافعيته منخفضة، ولديه إحباطات كثيرة، وقد يعاني من عدم الثقة في المجتمع وفي الناس، بل إنه قد يصل به الحال إلى القنوط، ويتوقف على ما يقوم به المرشد وفريق التأهيل كثير من عوامل النجاح مع العملاء، ولهذا يجب أن تكون هناك خدمات فورية تتمثل في: الإرشاد النفسي لمساعدة هؤلاء الأفراد على تحسين مستوى الدافعية. كما قد يغالي بعض العملاء في توقعاتهم، فيبتعدون كثيراً عن الواقع، وهؤلاء أيضاً يجب أن يهتم بهم العمل الإرشادي، لتقريب أهدافهم من واقعهم.

وتساعد خطة التأهيل الواقعية والعمل الإرشادي على أن يشعر العميل باقترابه من الواقع والمسئولية، وبصفة خاصة عندما يمضي في تنفيذ خطة التأهيل ومعايشة النجاحات المختلفة التي يحققها في مختلف الأنشطة وتقدماً نحو تحقيق أهدافه.

و يهمنا في هذا الصدد أن نركز على أهمية التقويم والمتابعة المستمرين للخطة، وخطوات تنفيذها، ومراجعة مدى تقدم العميل فيها وإجراء التعديلات المناسبة عليها، كلما اتضح لنا وجود صعوبات في تنفيذها أو بعدها عن الواقعية.

نموذج ملخص لخطة التأهيل الفردية:

الاسم:

العمر:

تاريخ التحويل للتأهيل:

الفحوص والدراسات التي تمت:	طبية	التاريخ
	نفسية	التاريخ
	مهنية	التاريخ
	اجتماعية	التاريخ
	أخرى تذكر	التاريخ

الخدمات التي يحتاجها العميل:

١- الإعداد البدني:

علاج طبي

جراحات

علاج طبيعي

علاج كلام

تدريب على أنشطة الحياة اليومية

٢- التدريب المهني:

المهنة

مدة التدريب

مكان التدريب

٣- الخدمات الاجتماعية:

إقامة

مساعدات مالية

برامج أسرية

تعليم

٤- التوافق الشخصي والاجتماعي:

تدريب على التوافق الشخصي

تدريب على التوافق الاجتماعي

علاج نفسي متخصص أو إرشاد نفسي

٥- إعداد البيئة والأسرة:

تجهيز بيئة المنزل

تحسين العلاقات مع الأسرة

إرشاد أفراد الأسرة

٦- الإلحاق بالعمل:

عمل في السوق الحرة للعمل (عمل تنافس)

إلحاق بمصنع خاص (ورش محمية)

مشروع فردي

عمل مع الأسرة

عمل في المنزل

٧- خدمات أخرى مقترحة تذكر

٨- تاريخ موافقة فريق التأهيل (اللجنة الفنية)

اسم المرشد　　　　　　　　توقيعه

المرحلة الرابعة: مرحلة تنفيذ برنامج التأهيل:

إن نجاح عملية التأهيل وتحقيقها لأهدافها يعتمد بشكل مباشر على تنفيذ الخطة التأهيلية التي رسمها فريق التأهيل متعدد التخصصات. وتتكون هذه المرحلة من الخطوات التالية:

١) الإعداد.

٢) التدريب.

٣) التقييم.

٤) المتابعة.

٥) الإنهاء أو إقفال الحالة.

وفيما يلي تفسيراً مختصراً لكل خطوة من هذه الخطوات:

١) **الإعداد:** المقصود بهذه الخطوة هو إعداد الفرد المعوق للدخول في مرحلة تنفيذ الخطة التأهيلية المرسومة. وتشتمل خطوة الإعداد على الجوانب التالية:

أ) **جانب الإعداد البدني:** ويشتمل هذا الجانب على تقديم الخدمات التي من شأنها مساعدة الفرد المعوق على استعادة أكبر قدر من طاقاته البدنية وإكسابه القدرة على مواجهة المطالب البدنية للحياة. وتتكون هذه الخدمات من التدخلات العلاجية الطبية اللازمة (العمليات الجراحية) والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والعلاج

النطقي، الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة، الأطراف الصناعية وغيرها.

ب) **جانب الإعداد النفسي:** ويشتمل على إرشاد وتوجيه الفرد المعوق ومساعدته على تقبل عجزه ودعم ثقته بنفسه وبقدراته المتبقية والكشف عن ميوله واستعداداته لمتابعة برنامج التأهيل وتهيئته نفسياً لهذه المرحلة.

٢) **التدريب:** وهي الخطوة التالية والأساسية في هذه المرحلة. وتشتمل على وضع الفرد المعوق في المكان أو المؤسسة التي سوف تقوم بتدريبه وفق الخطة المرسومة.

وتتنوع مجالات التدريب وأنواعه على النحو التالي:

أ) التدريب الأكاديمي ويتم عادة إما في المدارس العادية والبرامج الملحقة بها وإما في مدارس ومؤسسات التربية الخاصة.

ب) التدريب المهني ويتم في مراكز التأهيل المهني.

ج) التدريب على المهارات الخاصة ويتم ذلك في مؤسسات التربية الخاصة النهارية أو الداخلية أو في المستشفيات.

٣) **التقييم:** وهي عملية مستمرة تهدف إلى تحديد مستوى أداء الفرد المعوق خلال عملية التدريب وفي نهايتها للتأكد من مدى تحقيق أهداف عملية التأهيل.

٤) **المتابعة:** وتأتي هذه الخطوة بعد إتمام الخطوات السابقة أي بعد انتهاء برنامج التدريب. وتهدف إلى التأكد من مدى التوافق الذي يحققه الفرد المعوق سواء في المجال الأكاديمي إذا ما قرر الاستمرار في الدراسة، أو في المجال المهني بعد إيجاد وظيفة أو إلحاقه بعمل، أو سواء رغب في الاستقرار المعيشي وتكوين حياة أسرية خاصة.

٥) **الإنهاء أو إقفال الحالة:** وهي آخر خطوة في عملية التأهيل حيث يقوم مرشد التأهيل بإقفال ملف الحالة بعدما يتأكد له بأن الفرد المعوق قد وصل إلى مرحلة الاندماج في المجتمع والاستقرار الاقتصادي والاجتماعي.

الاعتبارات الخاصة في تأهيل حالات المعاقين فكرياً:

١- تبدأ الجهود التأهيلية مع حالات الإعاقة الفكرية في مرحلة مبكرة ومنذ الطفولة، ومن الصعب أن نفصل بين التربية الخاصة (التعليم) وبين التأهيل المهني لهذه

الحالات، فيجب أن يسيرا في خط واحد مع التركيز على اكتساب المهارات التحصيلية في المراحل الأولى.

٢- تتضمن مرحلة التقويم في التأهيل تقويم الوظائف البدنية والعقلية ومستوى الذكاء والسلوك التكيفي والتقويم المهني.

٣- يكون التقويم لفترة ممتدة بالإضافة إلى استخدام الأدوات المقننة في عملية التقويم.

٤- تشتمل الخدمات التأهيلية على:

أ- الإعداد البدني من خلال العلاج الطبيعي والعلاج بالعمل وعلاج عيوب النطق والكلام.

ب- التدريب على جوانب السلوك التكيفي، سواء منها ما يتصل بأنشطة الرعاية الذاتية والتخاطب والتنقل والتعامل بالنقود والعلاقات الاجتماعية.

ج- التدريب على جوانب مهنية من حيث تعلم مهارات متصلة بأعمال معينة والتدرب أيضاً على مهارات التوافق المهني.

د- الخدمات النفسية والطبية النفسية لتناول المشكلات النفسية والمشكلات العقلية، مثل حالات الصرع وحالات النشاط الزائد وغيرها.

هـ) خدمات الإرشاد النفسي للفرد المتخلف عقلياً ووالديه.

و) خدمات التسكين في المجتمع، والتي تشتمل على مساعدة الفرد الذي يتم تدريبه في الحصول على عمل في سوق العمل أو في ورشة محمية (مصنع خاص) أو إعداد مشروع خاص به.

ز) الخدمات الترويحية العلاجية والرياضية.

ومن الجوانب التي ينبغي مراعاتها في تأهيل حالات المعاقين عقلياً ما يأتي:

١- يفضل عدم عزل هؤلاء الأفراد عن أسرهم.

٢- يحتاج تعليم هؤلاء الأفراد إلى تعديلات خاصة من ناحية الفصول (حجرات الدراسة) وإعداد المدرسين والمناهج الدراسية والكتب والوسائل التعليمية وطريقة التدريس.

٣- يجب أن يكون العمل مع الحالات على أساس فردي .
٤- من الضروري العمل مع الحالات بنظام فريق التأهيل .
٥- ضرورة الاعتماد على المثيرات الحسية مثل الأناشيد والتدريبات البدنية والأنشطة الترويحية في عملية التعليم والتأهيل .
٦- أن تكون المجموعات داخل الفصول أو الورش قليلة .
٧- يفضل التدريب على الأعمال التي تحتاج إلى مهارات يدوية متوسطة وتتميز بالتكرار وعدم الاعتماد الكبير على الجوانب الذهنية والعقلية أو تحتاج إلى درجة عالية من المسئولية .
٨- ضرورة اشتراك الأسرة في بعض جوانب تعليم وتأهيل الفرد المتخلف .
٩- ضرورة أن يراعى الأمن في مركز التأهيل أو معهد التعليم .
١٠- يبدأ الإعداد المهني منذ الطفولة مع الدراسة، وكذلك تستمر الجوانب التعليمية مع برنامج التأهيل المهني .
١١- يعتمد تدريب وتعليم حالات الإعاقة الفكرية على التكرار وزيادة التعليم Over Learning، وكذلك على تعلم الجوانب المحسوسة التي يمكن إدخالها إلى بيئة التعلم مباشرة .
١٢- التربية الدينية جزء هام في تكوين شخصية متوازنة للشخص المعاق فكريا بجانب التدريب المستمر على جوانب التكيف الاجتماعي (السلوك التكيفي)

أمثلة لبعض الصناعات والأعمال التي يمكن تدريب المعاقين عقلياً على القيام بها:

١- الحرف البسيطة مثل:

صناعة السجاد .	تربية الماشية .
صناعة الخزف .	المساعدة في أعمال المطبخ .
النجارة .	أعمال النظافة في الفنادق .
أشغال الجلود .	أعمال الغسيل .
أشغال الخيزران و البامبو .	أعمال الزراعة والبستنة والحدائق .
تربية الدواجن والأرانب والأغنام .	

٢- بعض المهام أو الخطوات في صناعات كبيرة وهامة:

أعمال الخدمة المكتبية (السعاة).

أعمال الإصلاح مثل السباكة.

أعمال الطلاء.

صناعة جانب من أجزاء المنتجات في أي صناعة من الصناعات.

وقد نرى الآن مصانع ومكاتب للخدمة تقوم بأكملها على عمل المعاقين عقلياً في الولايات المتحدة الأمريكية ودول أوربا، ومن ذلك مصانع للشموع ومكاتب خدمة الإعلانات، ومثل هذه المكاتب تقوم بتوزيع الإعلانات التي تقسم عمليتها بين مجموعة من الشبان المتخلفين، حيث يرتب شخص الإعلانات، ويتناول زميله واحداً منها فيضعه في مظروف، ويناوله لزميله الذي يلصق هذا المظروف. ثم لزميل يلصق عليه ورقة عليها اسم المرسل إليه، وهذه الأوراق تعد عادة عن طريق الحاسب الآلي وتشتمل على مادة لاصقة ثم لزميل يختم عليها خاتم البريد المرخص للمكتب به وهكذا. كما شاهدت في بولندا مجموعة من المعاقين عقلياً يقومون بصناعة أجزاء من أجهزة التلفزيون تشتمل على أعمال لحام وصلات وذلك في ورشة محمية ملصقة بالمصنع.

المهن المناسبة لفئة القابلين للتدريب:

قدم لنا الدكتور عطية محمود هنا بجمع المهن الحديثة التي أشار إليها الكثيرون وقام بتعديلها لتناسب المعاقين فكريا في مجتمعنا العربي على حسب العمر العقلي للمعاق فكرياً ممن تتراوح أعمارهم العقلية ٥-١٢ سنة وبالتالي سوف نقوم بعرض المهن التي تناسب فئة المعاقين فكرياً القابلين للتدريب والتي تتراوح أعمارهم العقلية ما بين ٥-٨ سنوات عقلية وهى كما يلي:

خمس سنوات عقلية:

جدل الحبال، صناعة الشباك، العمل فى حظائر الحيوانات والدواجن، فلاحه البساتين، حمل الأشياء، صناعة الفرش، فرز الملابس، تهيئة الخضار، الحياكة البسيطة، صناعة علب الورق.

ست سنوات عقلية:

أعمال الزراعة، كي الملابس، تعبئة الملابس، تربية الحيوانات والطيور، تسوية الحشائش، خلط الاسمنت، المساعدة فى أعمال المطبخ، المساعدة فى أعمال البناء، النسيج العادي، إصلاح الملابس.

سبع سنوات عقلية:

أعمال الدهان، قيادة عربات تجرها الحيوانات، أعمال الفلاحة، صناعة الخيزران والقشاش، النجارة اليدوية، مساعدة سائق سيارة، الحياكة البسيطة، المساعدة فى إعداد الطعام، الأعمال المنزلية.

ثمان سنوات عقلية:

مساعدة حداد، مساعد منجد، مساعدة نقاش، مساعدة خباز، وقص الشعر وأعمال النظافة، صناعة اللعب الخشبية، مساعدة فى أعمال البناء، عامل فى مخزن، تجميع أجزاء الآلات، العمل على الآلات، النسيج البسيط، صناعة السلال، الحياكة، طبع الرسوم، أعمال النظافة، فحص المصنوعات، لصق الإعلانات، ربط وتخريم البضائع.

انسب طرق التشغيل التي تناسب المعاقين فكريا القابلين للتدريب هو نظام الورش المحمية والتي من أهدافها الرئيسية ما يلي:

١-توفير فرص عمل مثمر للذين لا يستطيعون العمل تحت الظروف العادية والقيام بعمل تنافسي متكافئ وهو بمثابة عمل مؤقت لفترة محدودة بهدف التدريب والتكيف، ومن ثم ينتقلون للعمل في السوق المفتوحة إذا وجد أنهم قادرون على ذلك، وغالبا ما تتولى الدولة أو بعض المؤسسات الخيرية هذه الورش، ويأخذ الإشراف على هذه الورش ورعايتها أشكالا متعددة منها

- إعفاء إنتاج الورش المحمية من الضرائب
- وقف إنتاج بعض السلع على الورش المحمية فقط ومنع إنتاجها من المؤسسات الأخرى.
- إعفاء مواد الإنتاج الخام من الرسوم الجمركية.
- تقديم كافه التسهيلات ت المكنة والقروض لهذه الورش.

أشكال الورش المحمية المتاحة للمعاقين فكرياً القابلين للتدريب .

١-الورش المحمية المستقلة التي تقتصر على المعاقين فقط ولا ترتبط بمصنع أو مؤسسة تجاريه أو صناعية.

٢-الورش المحمية الموجودة كوحدة داخل المصانع الكبيرة وتقوم بإنتاج بعض المنتجات الصناعية المحدودة.

٣-الورش الخاصة التي ينشئها بعض المعاقين كمشروع صغير في بيوتهم والعمل لحسابهم الخاص ضمن إطار الأسرة أو المنزل.

دور أخصائي التشغيل فى تشغيل ومتابعة العمال المعاقين فكرياً

يقوم أخصائي التشغيل والمتابعة بالأعمال الآتية:

١- أن يكون على خبرة واسعة بأنواع الوظائف والحرف والمهن الشاغرة التي تناسب المعاقين فكريا ويبحث لهم عن العمل المناسب لقدراتهم وظروفهم والخبرات المهنية التي حصلوا عليها.

٢- القيام بتحليل العمل من حيث بيئة العمل ومهارات العامل المعوق.

٣- الاتصال بأصحاب العمل مباشرة لإقناعهم لتدبير فرص عمل للمعوقين.

٤- أن يقوم بدراسة سوق العمل دراسة وافية.

٥- أن يكون على علاقة باتحاد العمال ونقابتهم، وكذلك اتحادات أصحاب العمل حتى يتمكن من توفير وتدبير فرص عمل ملائمة للمعوقين .

٦- متبعة الإعلانات الخاصة بالوظائف الشاغرة بالصحف اليومية.

٧- أن يقدم أخصائي التشغيل تقريرا وافيا لأصحاب العمل عن ظروف كل عامل من جميع النواحي.

٨- العمل على إزالة العقبات التي تحول دون إعادة تعيين المعوقين عقليا وغيرهم من المعوقين وفى عمل ما بصورة مرضية، وبذلك يدرك المعوق أن أخصائي التشغيل لا ينقطع دوره وجهوده الطيبة عنه ابداً وانه فى عونه بصورة مستمرة.

٩- إزالة أي عقبات أو مشكلات تمنع العامل المعاق من مزاولة عمله بصورة طبيبة.

١٠- القيام بدراسة نتائج التشغيل دراسة وافية من حيث رأى العامل المعاق فى نفسه، وفى العمل الذي يقوم به، وكذلك بيئة العمل ومدى توافقه فى عمله والعقبات والمشكلات التي تواجهه.

أهم العقبات والمشكلات التي تعترض تشغيل المعاقين فكرياً القابلين للتدريب.

١- ضعف إيمان المجتمع المحلى بتشغيل المعاقين فكريا وكذلك قدرتهم على العمل والإنتاج

٢- معارضة أصحاب العمل لتشغيل المعوقين بصفة عامة والمعاقين فكريا بصفة خاصة لأنهم عالة على المصنع أو المؤسسة أو الشركة.

٣- صعوبة نقل العمال المعوقين من منازلهم إلى مواقع العمل وعودتهم مرة أخرى إلى منازلهم.

٤- عدم إصدار القوانين والتشريعات اللازمة لإلزام أصحاب العمل بتشغيل المعوقين واستخدامهم، حتى لو صدرت هذه التشريعات فإن المعوق يواجهه عقبات متعددة من قبل أصحاب الأعمال.

٥- عدم وجود حوافز مالية لمساعدة العمال المعوقين على الانتقال إلى أعمالهم ومواجهه ظروفهم الخاصة أو تدبير وسائل مواصلات لهم.

المراجـــع

أولاً: المراجع العربية:

- إبراهيم سعد أبو نيان (٢٠٠١): صعوبات التعلم. أكاديمية التربية الخاصة الرياض، ط الأولى ١٤٢٢هـ - ٢٠٠١م.
- إبراهيم يوسف القريوتى (٢٠٠٢): الكمبيوتر والانترنت وتعليم الأطفال ذوى الإعاقة العقلية. مجلة المنال، العدد١٥٦، ص ٤٢-٤٣.
- احمد جابر احمد: دليل المدرس لتخطيط البرامج و طرق التدريس للأفراد للمعاقين ذهنياً فى
- احمد محمد احمد محمد شبيب (٢٠٠٧): فعالية استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية مستوى التعلق للأطفال المتخلفين عقلياً. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة بني سويف.
- أسماء عبد الله العطية (١٩٩٥): تنمية بعض جوانب السلوك التكيفى لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا بدولة قطر، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- الأمانة العامة للتربية الخاصة (١٤٢٢): القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة التابعة لوزارة المعارف. الرياض. مطابع الأمانة العامة للتربية الخاصة
- أمل الهجرسي (٢٠٠٢): تربية الأطفال المعاقين عقلياً. سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس. القاهرة، دار الفكر العربي.
- أيمن الهادي عبد الحميد (٢٠٠٥): فعالية التدريب علي اللعب التركيبي في تحسين مستوي الانتباه للأطفال المتخلفين عقليا، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

- إيهاب الببلاوى (٢٠١٠): الإعاقات البدنية والصحية. دار الزهراء، الرياض.
- بندر العتيبي (٢٠٠٣): استخدام إجراء التأخير الزمني الثابت في تطوير القدرة علي التعلم العرضي من خلال تدريس الكلمات والعبارات الوظيفية المرئية للتلاميذ ذوي الإعاقات المتوسطة والشديدة. مجلة أكاديمية التربية الخاصة، العدد (٢)، ص ٦٩
- بندر العتيبي (٢٠٠٤): الإجراءات التعليمية المستخدمة في تدريس ذوي الإعاقات المتوسطة والشديدة. مركز بحوث كلية التربية، ٢٠٩
- تركى عبدالله سليمان القريني (١٤٢٨ هـ): مدى توافر الخدمات المساندة وفعاليتها فى دعم العملية التعليمة لتلاميذ التربية الفكرية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- جاك سى ستيورات (١٩٩٦): إرشاد الآباء ذوى الأطفال غير العاديين. ترجمة عبدالصمد قائد الاغيرى وفريدة عبدالوهاب. الرياض: النشر والمطابع. جامعة الملك سعود.
- جمال الخطيب (٢٠٠٣): إرشاد اسر غير العاديين. أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.
- جمال الخطيب (٢٠٠٤): تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية. دار وائل، عمان.
- جمال الخطيب (٢٠١٠): مقدمة في الإعاقة العقلية. عمان، دار وائل للنشر و التوزيع.
- خالد عايد الحبوب، أمينة حمد الرويلي (٢٠١١): منهج التدريبات السلوكية والمعرفية للطلبة القابلين للتدريب من ذوى الإعاقة العقلية. دار اليازوري، عمان.
- خوله احمد يحيى، ماجدة السيد عبيد (٢٠٠٥): الإعاقة العقلية. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع

- الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل (٢٠٠١): الإشراف العلمي أ.د. جمال محمد الخطيب، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشئون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، المنامة، البحرين
- ديان برادلي، ومارغريت سيزر، وديان سوتلك (٢٠٠٠): الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة: مفهومه وخلفيته النظرية. ترجمة: زيدان أحمد السرطاوي، وعبد العزيز السيد الشخص، وعبد العزيز العبد الجبار. العين، دراسات الكتاب الجامعي.
- رمضان محمد القذافي (١٩٩٦): رعاية المتخلفين ذهنيا. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- زينب محمود شقير (٢٠٠٢): خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة (الدمج الشامل - التدخل المبكر - التأهيل المتكامل). سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، المجلد الثالث، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- سعيد العزه (٢٠٠١): التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية. عمان، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
- السيد عبد النبي السيد (٢٠٠٤): الأنشطة التربوية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. مكتبة الانجلو، القاهرة.
- شاكر عطية قنديل (١٩٩٠): دراسة لأبعاد السلوك غير التكيفى لدي الأطفال المتخلفين عقليا. مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد ١٤، جـ٣، ص٢٢٥- ٢٦٤.
- صالح عبد الله هارون (١٩٨٥): أثر البرامج التربوية الخاصة في توافق المتخلفين عقليا في المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية جامعة عين شمس.

- صالح عبدالله هارون (٢٠٠١): منهج المهارات الحسابية للتلاميذ المتخلفين عقليا و استراتيجيات تدريسها. مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية.
- صالح هارون (٢٠٠٤): البرنامج التربوي الفردي. أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.
- ضيف الله المطرودي (١٩٩٥): فاعلية التعزيز الايجابي والإقصاء في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة. رسالة ماجستير غير منشورة. الرياض، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢- أ): جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة، دار الرشاد.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢- ب): الأطفال التوحديين، دراسات تشخيصية وبرامجية. القاهرة، دار الرشاد.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢- ج): فعالية تدريب الأطفال المتخلفين عقليا علي استخدام جداول النشاط المصورة في الحد من سلوكهم العدواني، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (١٢) العدد (٣٥)، ص١- ٢٦.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٣) : تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام جداول النشاط المصورة. دراسات تطبيقية، القاهرة، دار الرشاد.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤) : الإعاقات العقلية. القاهرة، دار الرشاد.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠): العلاج المعرفي السلوكي « أسس وتطبيقات». القاهرة، دار الرشاد.

- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢- د): فعالية استخدام جداول النشاط المصورة في تحسين الانتباه للأطفال المتخلفين عقليا. المؤتمر الدولي التاسع لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس: ٢١- ٢٣
- عادل عبد الله محمد والسيد محمد فرحات (٢٠٠١): إرشاد الوالدين لتدريب أطفالها المعاقين عقليا علي استخدام جداول النشاط المصورة وفعالية في تحسين مستوي تفاعلاتهم الاجتماعية. المؤتمر السنوي الثامن، مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ٤ - ١١/٦.
- عادل عبد الله محمد و مني خليفة حسن (٢٠٠١): فعالية التدريب علي استخدام جداول النشاط في تنمية السلوك التكيفي للأطفال التوحديين. مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد الثامن.
- عادل عبدالله (٢٠٠٤): الإعاقات العقلية. القاهرة: دار الرشاد.
- عبد الحافظ سلامة، سميح أبو فعلي (٢٠٠٥): تعليم الأطفال القراءة والكتابة. دار البداية عمان الأردن، ط الأولى-٢٠٠٥م
- عبد الرحمن محمد الخوجا (٢٠٠١): سيكولوجية الإعاقة العقلية . المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية، القدس، ط ١.
- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): العلاج النفسي المعرفي السلوكي الحديث، أساليبه وميادين تطبيقه. ط٢، الدار العربية للنشر والتوزيع، القاهرة.
- عبد الله الحداد (١٩٩٦): التربية الخاصة من منظور التربية الفنية. العين، مكتبة الفلاح للنشر
- عبد الله الوابلى (٢٠٠٣): منحى القياس ذو الإبعاد المتعددة في مجال تشخيص وتصنيف ودعم ذوي التخلف العقلي. مجلة رسالة الخليج، العدد (٨٦٤) ص ٥٥.

- عبد الله الوابلي (٢٠٠١): واقع ممارسة القياس وأهمية استخدامه في مجال التدريب علي المهارات. الاجتماعية للطلاب المتخلفين عقليا. مجلة جامعة الملك سعود، م ١٣، ص ١٩٩.
- عبد الله الوابلي ((٢٠٠٣: منحنى القياس ذو الأبعاد المتعددة في مجال تشخيص وتصنيف ودعم ذوي التخلف العقلي. مجلة رسالة الخليج، عدد (٨٦).
- عبد الله الوابلي (٢٠٠٣). : طبيعة المشكلات الكلامية لدى التلاميذ ذوي التخلف العقلي وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية. مجلة الإرشاد النفسي، عدد (١٦) ص ٥٣-٧٨.
- عبد الله الوابلي، عبد الله الجهيمي، عبد الرحمن العجلان، عبد الرحمن الفيفي، عبد العزيز البواردي، بدر البهلال، عبد العزيز السالم، عمر العويثاني، سعد الرويتع، عبد المجيد بن عقيل، خالد الشعلان، عثمان الربيعة، سعد الشبانه (٢٠٠٥): دليل الخطط والمناهج الدراسية لمعاهد وبرامج التربية الفكرية. الرياض، مطابع الأمانة العامة للتربية الخاصة.
- عبد الله سليمان إبراهيم (١٩٩٤): في الذكاء الانساني وقياسه. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- عبد المجيد عبد الرحيم (١٩٩٧): تنمية الأطفال المعاقين. القاهرة، دار غريب.
- عبد المطلب أمين القريطى (٢٠٠١): سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. ط ٣. القاهرة، دار الفكر العربي.
- عبد المنعم الميلادي (٢٠٠٤): من ذوي الاحتياجات الخاصة المعاقون ذهنيا. الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة.
- عبدا لله الوابلي (١٩٩٦):واقع الخدمات المساندة ومدى أهميتها من وجهة نظر العاملين في معاهد التربية الفكرية في المملكة العربية السعودية. مجلة كلية التربية، عدد (٢٠) ص ١٩١-٢٣٢.

- عبدالرحمن سليمان ، إيهاب الببلاوى ، اشرف عبدالحميد(٢٠١٠). التقييم والتشخيص فى التربية الخاصة. ط ٢، دار الزهراء، الرياض.
- عبدالرحمن محمد الخوجا (٢٠٠١):سيكولوجية الإعاقة العقلية. المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية، القدس.
- عبدالله الو ابلي (٢٠٠٣): طبيعة المشكلات الكلامية لدى التلاميذ ذوي التخلف العقلي وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية. مجلة الإرشاد النفسي، العدد (١٦) ص ٥٣.
- عدنان السبيعي (٢٠٠٠): معاقون وليسوا عاجزين، دار الفكر، دمشق.
- العربي محمد علي زيد (٢٠٠٣): فعالية التدريب علي استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها في خفض السلوك الانسحابي لدي الأطفال المتخلفين عقليا. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- عطية محمود هنا (١٩٨٨). الخصائص الجسمية والعقلية للمتخلفين عقلياً. إتحاد هيئة رعاية الفئات الخاصة والمعوقين. العدد ١٣. السنة الخامسة.
- علا ابراهيم (١٩٩٣): التعرف علي الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية منها، سلسلة الإرشاد والتوجيه في مجالات إعاقة الطفولة. القاهرة، مطابع الطوبجي التجارية.
- علا ابراهيم (٢٠٠٠): الإعاقة العقلية التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليًا. القاهرة، عالم الكتب.
- علا عبد الباقي إبراهيم (٢٠٠٠): الإعاقة العقلية (التعرف عليها وعلاجها باستخدام التدريب للأطفال المعاقين عقلياً). القاهرة، عالم الكتب.

- علاء الدين كفافي (١٩٩٩): الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، المنظور النسقي الاتصالي. دار الفكر العربي، القاهرة.
- على عبد رب النبي حنفى، محمد زيد المحسن (٢٠٠٤) الخطة التربوية الفردية للمعاق سمعيا. مركز الوليد للتأهيل، الرياض.
- عمر نصر الله (٢٠٠٢): الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم علي الأسرة والمجتمع. عمان، دار وائل للنشر.
- عمر نصر الله (٢٠٠٢): الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على الأسرة والمجتمع. دار وائل للنشر، عمان، ط١
- فادية علوان (١٩٩٥): اتجاهات حديثة في تعريف مفهوم الذكاء. مجلة علم النفس. الهيئة المصرية للكتاب. عدد ٣٤.
- فاروق الروسان (٢٠٠٠): الذكاء والسلوك التكيفي. الرياض، دار الزهراء.
- فاروق الروسان (٢٠٠٥): مقدمة في الإعاقة العقلية. ط٣. الأردن: دار الفكر.
- فاروق الروسان (٢٠٠٠): مقدمة في الاضطرابات اللغوية. دار الزهراء، الرياض.
- فاروق الروسان (١٩٩٦): سيكولوجية الأطفال غير العاديين : مقدمة في التربية الخاصة. القاهرة: دار الفكر للطباعة والنشر.
- فاروق الروسان (١٩٩٩): مقدمة في الإعاقة العقلية. ط١، دار الفكر، الأردن.
- فاروق صادق (١٩٨٧):الأخلاقيات المهنية ودور الأخصائي النفسي في برامج غير العاديين في المملكة العربية السعودية. مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض.
- فاروق محمد صادق (١٩٨٢): سيكولوجية التخلف العقلي. الرياض، عمادة شئون المكتبات، جامعة الملك سعود.

- فاروق محمد صادق (٢٠٠٤): حقوق الإنسان ذوي الاحتياجات الخاصة وأهم المآخذ القيمية في بناء وتنفيذ الخدمات والبرامج، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية الطفولة بجامعة المنصورة، ٢٤- ٢٥ / ٣، المجلد الثاني (٧٠١ - ٧٢١).
- فهد المغلوث (١٩٩٩): رعاية وتأهيل المعوقين في المملكة العربية السعودية - الواقع والطموحات. الرياض: فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية.
- مركز المعلومات الاحصائية والتوثيق التربوي بوزراة المعارف (١٤٢٣هـ).
- كمال إبراهيم دسوقي (١٩٧٤): علم الأمراض النفسية: التصنيفات والأعراض المرضية. بيروت، دار النهضة العربية.
- كمال إبراهيم مرسى (١٩٧٠): الطفل غير العادي من الناحية الذهنية. الطفل المتخلف عقلياً. القاهرة:دار النهضة العربية.
- كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٦): مرجع في التخلف العقلي. الكويت، دار القلم.
- كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٩): التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلي ودور الإرشاد النفسي فيه. المؤتمر الدولي الأول لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس.
- كمال سيسالم (٢٠٠٤): مقدمة في الإعاقة الجسمية والصحية. دار الشروق، عمان.
- لويس كامل ملكية (١٩٩٨): دليل مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء (الصورة الرابعة)، المراجعة الأولى. ط ٢، القاهرة، مكتبة فيكتور كيرلس.
- لويس كامل مليكة (١٩٩٨): الإعاقات العقلية، والاضطرابات الارتقائية. القاهرة، مطبعة فيكتور كيرلس.
- ماجدة عبيد (٢٠٠٠): الإعاقة العقلية. دار الصفاء، عمان.
-مجدي ابراهيم (٢٠٠٣): مناهج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء متطلباتهم الإنسانية والاجتماعية والمعرفية. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

- محمد عطيه عطية (١٩٩٦): طرق تعليم الأطفال القراءة والكتابة. دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان الأردن ط الثانية.
- محمد عودة الريماوى (٢٠٠٤): علم النفس العام. دار الميسرة، الأردن.
- محمد فهمي (٢٠٠٥): التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- محمد محروس الشناوي (١٩٩٨): تأهيل المعوقين ورعايتهم. دار المسلم، الرياض.
- محمد محروس الشناوي (١٩٩٧): التخلف العقلي. الأسباب التشخيص. البرامج. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمد علي كامل(١٩٩٩): التدريبات العملية للقائمين علي رعاية ذوي الإعاقات الذهنية. مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- محمد إبراهيم عبد الحميد (١٩٩٩): تعليم الأنشطة و المهارات لدي الأطفال المعاقين ذهنيا. دار الفكر العربي، القاهرة.
- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨): الطب النفسي. الطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج. القاهرة: مكتبة الفجالة.
- مصرى عبدالحميد حنورة (٢٠٠٣): مقياس بينبة العرب للذكاء الصورة الرابعة. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- مواهب إبراهيم عياد، نعمة مصطفي رقبان، سامية إبراهيم لطفي (١٩٩٥): المرشد في تدريب المتخلفين عقليا السلوك الاستقلالي في المهارات المنزلية. منشاة المعارف، الإسكندرية.
- نايف عابد الزارع (٢٠٠٢): تأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة، دار الفكر، عمان.
- هدي علي سالم (٢٠٠٥): فعالية التدريب علي استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية السلوك الاستقلالي لأطفال الروضة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية'جامعة الزقازيق.

- وائل مسعود(٢٠٠٢): الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة. أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.
- ولاء ربيع و هويده الريدي و رضوى الشيمي (٢٠١٠): مدخل إلى التربية الخاصة. دار النشر الدولي، الرياض.
- ولاء ربيع مصطفى، هويده الريدي (٢٠١١): الإعاقة الفكرية. دار الزهراء، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- يوسف القريوتى، وعبدالعزيز السرطاوى (١٩٩٠): «الإعاقة العقلية فى المملكة العربية السعودية:أسبابها وبعض المتغيرات الأخرى». مجلة كلية التربية - جامعة الإمارات العربية المتحدة، العدد الخامس، السنة الخامسة، مارس.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- *Ackley'George B. (1997): Teaching lower functioning Developmentally Disabled Adults to Utilize picture schedules with leisure Activities. PHD'Dissertation Abstracts International ,V. (58- 128) P. 679.*
- *Aduncan'(2000). Psychological Services as Related Services'Florida State Department of Education'pp. 2-9.*
- *American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.'DSM – IV 'Washington'DC'Author.*
- *Anderson'Michele D. ; Sherman'James A. ; Sheldon'Jan B. & Mc Adam'David. (1997): picture Activity schedules*

and Engagement of Adults with Mental Retardation in a group Home. Research in Developmental Disabilities V. (18)‘N(4)‘PP.231 - 250.

- *Blacher‘- Jan (1984): Attachment and severely handicapped children: Implications for intervention‘Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics,‘V. 5(4)‘Aug 1984‘178.*
- *Blacher‘Jan ; Meyers‘C. E (2002): A review of attachment formation and disorder in handicapped children‘Washing ton‘DC‘US: American Association on Mental Retardation. x‘pp 382.*
- *Brodin‘Jane & Bjorck‘Akesson E. (1993): Still picture Telephones for Persons with profound Mental Retardation (Telematics and Disability‘Report 92: 9)‘Sweden. P.63.*
- *Bryan‘linley C. & Gast‘David. L. (2000): Teaching on task and on schedule Behaviors to High Functioning children with Autism via picture Activity schedules. Journal of Autism and Developmental Disorders‘V. (30)‘N. (6)‘PP.553 - 567.*
- *Copel‘H. (1991). Tech use guide: students with moderate cognitive abilities (Technical Report). Reston‘VA: Center for Special Education Technology.*
- *Drew‘C. J. et. al. (1990): Mental retardation. 4th ed‘New York: Macmillan publishing company.*

- *Ellis'David N. et. al. (1996): Adscription of the instructional and social interactions of students with mental retardation irregular physical education settings. Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities'V. (31)'N (3).*

- *Ferguson'Brad et. al. (1993): Type and frequency of social interaction among workers with and without mental Retardation. American Journal on Mental Retardation' V. (97)'N(5).*

- *Gomez'Rapson & Hazeldine'Phillip (1996): Social information processing in mild mentally retarded children. Research in Developmental Disabilities'V.(17)'N(3).*

- *Grossman'Herbert J. (1983): Classification in Mental Retardation. Washington: American Association on Mental Deficiency.*

- *Grossman'Herbert J. (1983): Classification in Mental Retardation'Washington: American Association on Mental Deficiency.*

- *Hall'Laura J. ; Mc Clannahan'Lynn E. & Krantz'Patricia J. (1995): Promoting Independence in Integrated classrooms by teaching aids to use Activity schedules and decreased prompts. Education and training in Mental Retardation and Development Disabilities'V.(30)'N. (3)'PP. 258 - 217.*

- *Hall'Laura J.& Smith'Kerry L. (1969): The Generalization of social skills by preferred peers with Autism. Journal*

of Intellectual & Developmental Disability‘V.(21)‘ N.4‘PP.313 - 331.

- Hawsawi‘A. (2002). Teachers perceptions of computers technology competencies working with students with mild cognitive delay. Unpublished doctoral dissertation‘University of Idaho‘Moscow‘ID. USA.
- Heddell‘f. (1988): Children with Mental Retardation: A Guide for Parents and carers. London: the Growood Press.
- Heward‘W. & Orlansky‘M. (1992): Exceptional children. Columbus: charles E. Merril Publishing company.
- Hunt‘Pam & Alwell‘Morgen (1991): Establishing conversational exchanges with family and friends: Moving from training to meaning Full communication. Journal of special education‘V. (25)‘N (5)‘PP.305 - 320.
- Irvine‘A. Blair ; singer‘George H. ; Erickson‘Alice M & stahlberg‘Dawn (1992): A coordinated program to Transfer self – Management skills from school to home. Education and training in Mental Retardation‘V.(27)‘N (3)‘PP.241-254.
- Koegel‘Robert L. et. al. (1987): The Influence of child preferred Activities on Autistic children>s social Behavior. Journal of Applied Behavior Analysis‘V.(20)‘N(3) ‘PP.243 - 252.
- Levidioti‘M.A. (2004):The effects of structured teaching on stereotypic‘on-task‘and off-task behaviors of. children with autism spectrum disorders in physical edu-

cation.McGill University (Canada)'82 pages; AAT MQ98460.

- *Mac Duff'Gregory. S ; Krantz'P. & Mc Clannahan'L. (1993): Teaching children with Autism to use photographic Activity schedules: Maintenance and Generalization of complex Response chains. Journal of Applied Behavior Analysis'V. (26)'N (1)'PP. 89 - 97.*
- *Male'M. (1994). Technology for inclusion: Meeting the needs of all students. Boston: Allyn & Bacon.*
- *Martin'James E. et. al. (1990): Effects of visual cues upon the voctional task performance of students with Mental Retardation. Exceptionality: A research Journal; V.(1)'N.(1)'PP.41-59.*
- *Massey'Gayle N. & wheeler'John J. (2000): Acquisition and Generalization of Activity schedules and their Effects on task Engagement in a young child with Autism an inclusive pre-school classroom. Education and training in Mental Retardation and Developmental Disabilities'V. (35)'N (3)'PP. 326 - 235.*
- *Mc Clannahan'Lynn E. & Krantz'Patricia J. (1999 b): Activity schedules for children with autism: Teaching independent behavior USA'Bethesda'MD Woodbine House'Inc.*
- *McClannahan'L. E.'MacDuff'G. S.'& Krantz'P. J. (2002). Behavior analysis and intervention for adults with autism. Behavior Modification'vol 26,Pp 9–27.*

- *Miller'carol T. et. al. (1991): Expectations and social interactions of children with and without mental retardations. Journal of special Education'V. (24)'N(4).*

- *Peck'C. & Hong'C. (1988): Living skills for mentally handicapped people. London: Chapman & Hall.*

- *Ray'J.'& Warden'M. (1995). Technology'computers'and the special needs learner. Albany'NY: Delmar Publishers.*

- *Schneider - Rosen'- Karen; And Cicchetti'Dante (1984): The Relationship between Affect and Cognition in Maltreated Infants Quality of Attachment and the Development of Visual Self- Recognition'V. (55)'N (2),PP. 648 - 58.*

- *Sklar'L. (2000). How do special education teachers use the computer with students with challenging behaviors as a classroom management tool? Unpublished doctoral dissertation'the University of Akron'Akron'OH.*

- *Sklar'L. (2000). How do special education teachers use the computer with students with challenging behaviors as a classroom management tool? Unpublished doctoral dissertation'the University of Akron'Akron'OH.*

- *Smith'M. (1988). Spoken language'in p.scholoss'C. Hughes and M. Smith (Eds)'community integrating for person with mental retardation (pp. 173-217). Boston'MA. College-Hill Press.*

- *Steinberg'E. (1991). Computer-assisted instruction: A synthesis of theory'practice'and technology. Hillsdale'NJ: Lawrence Erlbaum.*


فهرس

الفهرس

المقدمة	٣
الفصل الأول	٧
تاريخ و تعريف و تصنيف الإعاقة الفكرية	
الفصل الثاني	٤٧
أسباب الإعاقة الفكرية	
الفصل الثالث	٧٣
أساليب تقييم وتشخيص المعاقين فكريا القابلين للتدريب	
الفصل الرابع	١٠١
خصائص المعاقين فكرياً القابلين للتدريب	
الفصل الخامس	١٢١
الخدمات المساندة المقدمة لفئة المعاقين فكريا القابلين للتدريب	
الفصل السادس	١٣٩
المناهج والمؤسسات التعليمية لفئة القابلين للتدريب	
الفصل السابع	٢٣٣
تعديل سلوك المعاقين فكرياً القابلين للتدريب	
الفصل الثامن	٢٧٩
برامج التأهيل المهني للقابلين للتدريب	
المراجع	٣٠٩

978 - 603 - 8087 - 77 - 0
1473
AL-ZAHRAA

الرياض - طريق مكة المكرمة
ت: ٤٦٤١١٤٤ - ف: ٤٦٥٩٥٣٧
ozahraa@hotmail.com dar_alzahraa@hotmail.com
www.daralzahraa.com.sa

